

MANEJO ENFERMERO DE LA SEDACIÓN CONSCIENTE EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

NURSING APPROACH OF CONSCIOUS SEDATION IN
INTENSIVE CARE UNITS



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA
REVISIÓN NARRATIVA

Autora: Olaya Acebal Morales
Tutora: María Lourdes Casillas Santana
Año 2020

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, me gustaría darle las gracias a mi tutora, Lourdes, por toda la ayuda, el apoyo, la comprensión, la dedicación y los consejos a lo largo de estos meses.

Gracias también a mis padres, por haber estado a mi lado en todo momento, por su paciencia, su ayuda y su apoyo durante este proceso y siempre.

Por último, gracias a mis compañeras y amigas, por haber confiado en mí, por la ayuda y el apoyo constante, no solo ahora, sino durante todo el grado. Gracias por haber hecho de estos últimos cuatro años una experiencia inolvidable.

RESUMEN.

Objetivo.

Conocer el manejo de la sedación consciente por parte de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos.

Metodología.

Se realiza una revisión narrativa a partir de una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Cinahl, Cochrane, Medes, IBECs, ScienceDirect, Dialnet y SciELO. Las estrategias de búsqueda se consolidan mediante la utilización de lenguaje controlado y libre, a través de los operadores booleanos [AND] y [OR]. Tras aplicar los filtros de publicaciones en los últimos 5 años, idiomas: inglés, castellano y portugués, especie humana, grupo de edad: adultos a partir de 18 años y texto completo disponible, se seleccionan los 25 artículos que más se ajustan a los criterios de inclusión.

Resultados/Discusión.

La lectura y el análisis de los resultados seleccionados dieron lugar a las siguientes áreas temáticas: Sedación consciente. Beneficios e inconvenientes en función del nivel de sedación; Analgesia. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; Sedación, agitación y protocolos de analgosedación. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; Delirio. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero; y situación actual y actitud ante la sedación consciente.

Conclusiones.

Aplicar un tratamiento o protocolo de analgosedación basado en la sedación consciente proporciona múltiples beneficios como una reducción en el tiempo de ventilación mecánica o de estancia en la UCI. Sin embargo, la práctica habitual aún está muy lejos de seguir las recomendaciones de las sociedades científicas, por lo que se hace evidente la necesidad de educar a los profesionales sanitarios, principalmente a las enfermeras, en el manejo de fármacos y escalas para poder llevar a cabo un correcto manejo de la analgosedación y el delirio, proporcionando así un cuidado de calidad a los pacientes críticos.

Palabras clave: sedación consciente, analgesia, dolor, delirio, unidades de cuidados intensivos, enfermería.

ABSTRACT.

Aim.

Getting to know the use of conscious sedation by nurses within intensive care units.

Methodology.

A narrative review is conducted from a bibliographic research in the databases Pubmed, Cuiden, Cinahl, Cochrane, Medes, IBECS, ScienceDirect, Dialnet and SciELO. Research strategies are consolidated by means of controlled and free speech usage, through Boolean operators [AND] and [OR]. After having applied publication filters within the last 5 years, languages: English, Spanish and Portuguese, the human race, age group: adults from 18 years old onwards and the complete text available, the most suitable 25 articles will be selected according to the inclusion criteria.

Results/Discussion.

Reading and analysis of selected results led to the following thematic areas: Conscious sedation. Benefits and inconveniences depending on the sedation level; Analgesia. Monitoring, treatment and patient management; Sedation, shaking and analgosedation protocols. Monitoring, treatment and patient management; Delirium. Monitoring, treatment and patient management; and current situation and attitude towards conscious sedation.

Conclusions.

Applying a treatment or protocol of analgosedation based on conscious sedation provides several benefits such as a time reduction regarding respiratory support or stay in the ICU. Nevertheless, standard practice is still far from following scientific societies' recommendations, evincing the need of instructing sanitary professionals, mainly nurses, in medicine management and scales in order to accomplish an accurate management of analgosedation and delirium; thus, providing a quality care of critic patients.

Key words: conscious sedation, analgesia, pain, delirium, intensive care units, nursing.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	5
1.2 FUNDAMENTACIÓN.....	5
1.3 OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA.....	6
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	15
3.1 Sedación consciente. Beneficios e inconvenientes en función del nivel de sedación.....	15
3.2 Analgesia. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero.....	18
3.3 Sedación, agitación y protocolos de analgosedación. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero.....	28
3.4 Delirio. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero.....	33
3.5 Situación actual y actitud ante la sedación consciente.....	36
FORTALEZAS.....	37
LIMITACIONES.....	37
CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXO I: Tabla de artículos totales seleccionados.....	1

INTRODUCCIÓN.

La International Association for the Study of Pain (IASP) (1) define el dolor como: “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Puede afectar significativamente la vida de las personas, ya que puede llegar a ser altamente incapacitante. Es una de las razones más comunes de visita médica y baja laboral, ya que puede acarrear importantes problemas tanto emocionales como psicológicos (2).

Existen diferentes clasificaciones en lo referente al dolor:

En función del perfil temporal o duración del mismo, este puede ser agudo o crónico. El dolor agudo es limitado en el tiempo y presenta una relación directa con la causa que lo produce. Actúa como advertencia y tiene función protectora. El dolor crónico, por el contrario, es un trastorno multifactorial que dura más de 6 meses y que se acompaña de un importante componente psicológico (2,3).

En lo que a intensidad respecta, el dolor puede ser leve, moderado o severo. El dolor leve es el menos intenso y permite llevar a cabo las actividades cotidianas. El dolor moderado presenta una intensidad que obstaculiza las actividades habituales y requiere un tratamiento con opioides menores. El dolor severo es el más intenso, ya que afecta tanto a las actividades cotidianas como al descanso de la persona que lo sufre. Este tipo de dolor requiere un tratamiento con opioides mayores (2).

Según la patogenia puede ser neuropático, nociceptivo o psicógeno. El dolor neuropático se produce como consecuencia de un estímulo directo sobre el SNC o por una lesión de vías nerviosas periféricas. El dolor nociceptivo es el más común, y la causa es un estímulo doloroso sobre los nociceptores. Presenta una función protectora, ya que informa al organismo de la existencia de una lesión. Existen dos tipos: el somático y el visceral. El primero se produce por una excitación anormal de los nociceptores somáticos presentes en la piel, los músculos, los ligamentos, las articulaciones o los huesos. El segundo se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales y suele irradiarse a zonas alejadas del lugar de origen (dolor referido). Por último, el dolor psicógeno es aquel en el que interviene el entorno psico-social de la persona, es decir, la causa es psicológica (2,3).

La analgesia es el procedimiento por el que se elimina la sensación dolorosa mediante el bloqueo artificial de las vías o mediadores que la transmiten, o bien por desconexión de los centros del dolor (4).

El manejo óptimo del dolor se consigue combinando fármacos con diferentes mecanismos y lugares de acción, además de diversas vías de administración o técnicas analgésicas, hasta conseguir el objetivo terapéutico. Este concepto recibe el nombre de analgesia multimodal y proporciona ventajas como un espectro de acción amplio, mayor eficacia, mejor cumplimiento del tratamiento y mejor coeficiente eficacia-seguridad (5). Empleando este tipo de analgesia se consigue disminuir la dosis administrada de cada uno de los fármacos y un mayor confort analgésico con los mínimos efectos adversos (6).

La sedación se define como la inducción farmacológica de un estado de disminución de la consciencia sin que se produzca una pérdida de la misma, y del que se puede despertar al paciente con una llamada o un leve estímulo doloroso (7,8). Su objetivo es inducir un estado en el que la persona se encuentre cómoda, libre de dolor o recuerdos desagradables y en el que tolere procedimientos que pudiesen ser molestos, manteniendo la función cardiorrespiratoria. Es fundamental que la sedación sea efectiva y segura, proporcionando estabilidad hemodinámica y los menores efectos adversos posibles (5,8).

Según la clasificación de la American Society of Anesthesiologist (ASA), se pueden definir cuatro niveles de sedación, de menor a mayor grado de profundidad, tal y como se puede ver en la Tabla 1. El paso de uno a otro puede darse en cualquier momento de manera precipitada, por lo que es necesario mantener una estrecha vigilancia de estos pacientes, ya que las medidas de seguridad cambian en función de la sedación (5,9).

	Grado I: sedación mínima (ansiolisis)	Grado II: sedación moderada (consciente)	Grado III: sedación profunda/analgesia	Grado IV: anestesia general
Respuesta	Respuesta normal, responde al estímulo verbal	Respuesta coordinada a estimulación verbal y táctil	Respuesta coordinada a estímulo táctil repetido o doloroso	No hay respuesta a estímulos, incluso dolorosos
Vía aérea	No afectada	No requiere intervención	Podría requerir intervención	Usualmente se requiere intervención
Ventilación espontánea	No afectada	Adecuada	Podría ser inadecuada	Frecuentemente inadecuada
Función cardiovascular	No afectada	Usualmente mantenida	Podría ser inadecuada	Frecuentemente inadecuada

Tabla 1: Clasificación ASA de los tipos de sedación. Fuente: Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anestesiólogos y odontólogos de pacientes mayores de 12 años (9).

Las Unidades de Cuidados Intensivos son servicios que ofrecen asistencia multidisciplinar a pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte

respiratorio o lo precisan junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; además de todos aquellos pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico (10).

Además de las UCI, los pacientes críticos también pueden ser tratados en las Unidades de Reanimación Post-Quirúrgica, donde la sedación consciente también es frecuente. Suelen estar compuestas por dos unidades: una unidad de recuperación post-anestésica (URPA) o sala del despertar, donde los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente se recuperan de la anestesia, y/o por una unidad de cuidados críticos post-quirúrgicos, en la que ingresan pacientes que precisan una mayor atención, es decir, cuidados intensivos ante posibles complicaciones y desestabilizaciones tras la cirugía (11).

Se ha demostrado que una correcta monitorización de la sedoanalgesia puede mejorar la práctica clínica, reducir el consumo de recursos y la ventilación mecánica (VM), y disminuir la morbilidad. Conocer el nivel de analgesia va a permitir identificar las situaciones en las que la persona sienta dolor y corregirlas de inmediato. Además, permite identificar y corregir casos de infra- o sobredosificación que pueden influir de forma negativa en la evolución de los pacientes críticos. (12).

En cuanto a las escalas para valorar el dolor, se debe tener en cuenta que en las UCI existen diferentes tipos de pacientes y, por lo tanto, es fundamental escoger la que más se ajuste a las características de cada uno de ellos (13). En los pacientes conscientes y comunicativos se pueden utilizar las siguientes escalas: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Descriptiva Verbal (EDV), Escala Numérica Verbal (ENV), y Termómetro de Dolor de Iowa (IPT). En pacientes sin capacidad de comunicación se hace uso de indicadores fisiológicos junto con las siguientes escalas de comportamiento: Behavioral Pain Scale (BPS), Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), Escala de Campbell, Escala sobre Conductas Indicativas de Dolor (ESCID), Escala Non Verbal Pain Scale (NVPS) y Colorado Behavioral Numerical Pain Scale (CBNPS). Solo las dos primeras han sido evaluadas respecto a su validez y confiabilidad en pacientes críticos (5,13).

Actualmente, existen más de 30 escalas para valorar el grado de sedación del paciente. Todas ellas incluyen los cambios que se producen en el nivel de conciencia ante estímulos de distinta intensidad. Al igual que ocurre con la medicación, no existen estudios que demuestren que una escala sea mejor que otra (12). Entre las más utilizadas se encuentran: la Escala de Ramsay, la Sedation-Agitation Scale (SAS), la Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) y la escala Mindful Attention Awareness Scale (MASS) (5,12).

Se han realizado estudios con el objetivo de averiguar cuáles son los fármacos más adecuados a la hora de sedoanalgesiar a un paciente, llegando a la conclusión de que, por lo general, no hay ninguno mejor que otro, ya que la elección está determinada por la tradición y la familiaridad más que por la evidencia (14).

La ausencia de dolor es fundamental para conseguir una recuperación adecuada. Los analgésicos más empleados en las UCI son la morfina y el fentanilo, seguidos del remifentanilo, el sufentanilo, el alfentanilo, la codeína, la meperidina, el tramadol, el paracetamol y el metamizol. Los bloqueantes neuromusculares se emplean principalmente para la realización de determinadas técnicas y procedimientos como por ejemplo la intubación. También es común el uso de AINEs, antidepresivos, anticonvulsivos y neurolépticos como coadyuvantes para la analgesia (5,15).

Los sedantes más utilizados en las UCI son el midazolam, el lorazepam y el diazepam (benzodiazepinas), el propofol (anestésico intravenoso de acción corta) y la dexmedetomidina (agonista de los receptores alfa-2). El remifentanilo (opioide) también posee efectos sedantes (14).

El delirio, también conocido como “síndrome de UCI”, “síndrome confusional agudo” o “psicosis funcional”, es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes sedados en la UCI, y se puede definir como una alteración transitoria y reversible del estado mental, de inicio brusco y evolución fluctuante, con una etiología multifactorial y que cursa con síntomas de desorientación, agitación, e incluso ideas paranoides o alucinaciones. Es frecuente a partir del tercer día de ingreso en la UCI y suele desaparecer cuando el paciente se va de alta a planta (16).

Entre las escalas para valorar su presencia se encuentran: Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) e Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) (17).

Uno de los métodos más empleados para monitorizar el grado de sedación, normalmente la sedación profunda, es el BIS o índice biespectral, que analiza el patrón de ondas cerebrales del electroencefalograma y lo convierte en un número. Las cifras pueden variar entre 0 (supresión de EEG) y 100 (paciente despierto) (18).

Para tratar el tema de la sedación en la UCI es importante abordar también la bioética y el marco legal. Para ello, es fundamental recordar los 4 principios de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (19). Respecto al marco legal son importantes la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del

paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (20) y el Código Deontológico de la Enfermería Española (21).

1.1 CONTEXTUALIZACIÓN.

Desde hace unos años, se han llevado a cabo estudios que demuestran los beneficios de administrar la mínima sedación posible al paciente crítico, siempre teniendo en cuenta las características individuales sobre su estado de salud. A pesar de esto, la sedación profunda en pacientes con sedoanalgesia y, en la mayoría de los casos, con VM, tiene una prevalencia mayor a la recomendada en las guías clínicas (22).

Normalmente, la sobrededación se debe a las creencias del personal sanitario y, en muchas ocasiones, a una ratio enfermera-paciente inadecuada en relación con la carga de trabajo, ya que se cree que es mucho más fácil monitorizar a un paciente sedado que a uno que está despierto y ventilado (22).

Se recomienda el uso de escalas para alcanzar un nivel óptimo de sedación y, aun así, algunas encuestas realizadas en Estados Unidos, Canadá y Dinamarca, muestran que tan solo el 50% de las UCI hacen uso de una escala para valorar tanto el nivel de sedación como el de analgesia. La situación no es muy diferente en nuestro país (22).

Además, a pesar de la gran cantidad de evidencia existente sobre los efectos adversos como consecuencia de un manejo subóptimo del dolor, éste sigue siendo mal evaluado y tratado en las unidades de cuidados intensivos. Se ha demostrado que menos de la mitad de los pacientes ingresados en la UCI tiene un control adecuado del dolor (13,22).

1.2 FUNDAMENTACIÓN.

La sedoanalgesia es esencial en los pacientes críticos. Su finalidad es favorecer la comodidad del paciente y mejorar su tolerancia al tratamiento y a los cuidados de enfermería, además de conseguir objetivos terapéuticos (22).

Las guías recomiendan conseguir rangos de sedación consciente en los pacientes críticos y, antes de aplicar un protocolo de sedación o de interrupción diaria de la misma, se debe considerar el uso de escalas para valorar el dolor, que es una de las principales causas de incomodidad y delirio, siendo fundamental controlarlo para conseguir niveles óptimos de sedación (22).

Paulatinamente, los profesionales sanitarios se están dando cuenta de los beneficios que trae consigo instaurar una sedación ligera en el paciente crítico. Creo que es importante

abordar este tema, ya que, a pesar de las últimas recomendaciones de las guías de práctica clínica y los estudios llevados a cabo durante la última década, todavía hay gran cantidad de UCI en las que se lleva a cabo un manejo subóptimo de la sedación.

1.3 OBJETIVOS.

Objetivo principal:

- ✓ Conocer el manejo de la sedación consciente por parte de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos.

Objetivos secundarios:

- ✓ Conocer los beneficios y los inconvenientes de la sedación consciente.
- ✓ Conocer los fármacos más empleados para la sedoanalgesia en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- ✓ Conocer las escalas más empleadas por las enfermeras en las Unidades de Cuidados Intensivos en relación con el nivel de sedación y la analgesia.
- ✓ Conocer los cuidados proporcionados por la enfermera a pacientes con sedación consciente en las Unidades de Cuidados Intensivos.

METODOLOGÍA.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, y para poder dar respuesta a los objetivos planteados, la metodología más adecuada es la revisión narrativa o de la literatura.

Una revisión narrativa permite conocer el estado actual del tema sobre el que se quiere investigar mediante la recuperación de la bibliografía existente. La finalidad de este diseño es resumir y llevar a cabo una interpretación y un análisis crítico de la literatura, siempre desde el punto de vista de los autores (23,24).

Para llevarla a cabo, se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Cuiden, Cinhal, Cochrane, Medes, IBECS, ScienceDirect, Dialnet y SciELO, lo que nos permitirá encontrar la mejor y más actualizada evidencia científica disponible.

En primer lugar, se lleva a cabo una búsqueda en Google Académico para realizar una primera aproximación hacia el tema del presente trabajo. Se localizan las palabras clave en lenguaje libre que, posteriormente, serán traducidas a lenguaje controlado en términos MeSH y DeCS (en las bases de datos en castellano) para así poder completar las búsquedas (Ver Tabla 2).

LENGUAJE LIBRE	TÉRMINO MeSH	TÉRMINO DeCS
Sedación Consciente Sedación Moderada Sedación	Conscious Sedation	Sedación Consciente
Analgesia	Analgesia	Analgesia
Analgésicos	Analgesics	Analgésicos
Hipnóticos y Sedantes	Hypnotics and Sedatives	Hipnóticos y Sedantes
Unidad de Cuidados Intensivos Unidad de Cuidados Críticos UCI	Intensive Care Units	Unidades de Cuidados Intensivos
Cuidados Intensivos Cuidados Críticos	Critical Care	Cuidados Críticos
Enfermedad Crítica	Critical Illness	Enfermedad Crítica
Enfermería de Cuidados Intensivos	Critical Care Nursing	Enfermería de Cuidados Críticos
Enfermería	Nursing	Enfermería
Enfermera	Nurses	Enfermeras y Enfermeros
Cuidados de Enfermería	Nursing Care Patient Care Management	Atención de Enfermería Manejo de Atención al Paciente
Escala del Dolor Medición del Dolor Evaluación del dolor	Pain Measurement	Dimensión del Dolor
Manejo del Dolor	Pain Management	Manejo del Dolor
Dolor	Pain	Dolor
Delirio	Delirium	Delirio

Tabla 2. Términos MeSH y DeCS empleados en la búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

Se utilizaron palabras en lenguaje libre que no tenían ninguna correspondencia en lenguaje controlado: Escala de Sedación, Escalas, Escalas de valoración, Beneficios, Ventajas, Limitaciones y Desventajas.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se combinan estos términos junto con los operadores booleanos [AND] y [OR]. La búsqueda se limita, según las posibilidades de cada base de datos, mediante los filtros: publicaciones en los últimos 5 años, idiomas: inglés, castellano y portugués, especie humana, grupo de edad: adultos a partir de 18 años y texto completo disponible.

No se discriminan estudios en función de su tipología, ya que se incluyen artículos tanto cuantitativos como cualitativos. Además, se establecen unos criterios de inclusión y de exclusión para escoger los artículos más relevantes y pertinentes de acuerdo al objetivo de estudio.

Criterios de inclusión y criterios de exclusión.

Para la selección de los artículos más relevantes y pertinentes de acuerdo al objetivo de estudio del trabajo, se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de inclusión:
 - Artículos publicados en los últimos 5 años.
 - Artículos con acceso al texto completo.
 - Artículos redactados en inglés, castellano y portugués.
 - Artículos que comprendan el grupo de edad a partir de los 18 años (adultos).
 - Artículos que traten sobre la raza humana.
 - Artículos que aborden el tema de la sedación consciente o sedoanalgesia.
 - Artículos cuyo contenido tenga relación con los objetivos del trabajo.
- Criterios de exclusión:
 - Artículos publicados antes del 2015.
 - Artículos que no tengan posibilidad de acceso al texto completo.
 - Artículos que no estén redactados en inglés, castellano o portugués.
 - Artículos con una muestra cuyo rango de edad sea inferior a los 18 años.
 - Artículos que hagan referencia a pruebas diagnósticas o terapéuticas y cirugías de cualquier tipo.
 - Artículos cuyo contenido no se corresponda con los objetivos del trabajo.

Descripción de los resultados de búsqueda.

- PUBMED.

Para llevar a cabo las búsquedas bibliográficas en esta base de datos, se emplea el lenguaje controlado mediante los términos MeSH, combinando las palabras clave con los operadores booleanos [AND] y [OR]. En algunas de las estrategias de búsqueda se ha utilizado el lenguaje libre por no existir ningún término MeSH que se asemeje a la palabra o expresión deseada. También se ha hecho uso del truncamiento nurs* para ampliar la búsqueda. Los filtros empleados en esta base de datos han sido: publicaciones en los últimos 5 años, con acceso al texto completo, en adultos a partir de los 19 años, en la especie humana y en los idiomas inglés, español y portugués.

Tras realizar las estrategias de búsqueda fueron devueltos un total de 1639 artículos, de los cuales se seleccionaron 66. Los 1573 artículos restantes se descartaron tras la lectura de título y resumen (Ver Tabla 3).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
("Conscious Sedation"[Mesh]) AND "Analgesics"[Mesh]	23	3
"Conscious Sedation"[Mesh] AND ("Intensive Care Units"[Mesh] OR "Critical Care"[Mesh] OR "Critical Illness"[Mesh])	23	10
"Conscious Sedation"[Mesh] AND ("Intensive Care Units"[Mesh] OR "Critical Care"[Mesh] OR "Critical Illness"[Mesh]) AND ("Patient Care Management"[Mesh] OR nurs*)	5	4
"Conscious Sedation"[Mesh] AND (advantages OR limitations)	24	3
("Hypnotics and Sedatives"[Mesh] OR "Analgesia"[Mesh] OR "Analgesics")) [Mesh] AND ("Intensive Care Units"[Mesh] OR "Critical Care"[Mesh] OR "Critical Illness"[Mesh])	149	18
("Intensive Care Units"[Mesh] OR "Critical Care"[Mesh] OR "Critical Illness"[Mesh] OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) AND ("Pain Measurement"[Mesh] OR "Pain Management"[Mesh] OR scale)	588	16
("Intensive Care Units"[Mesh] OR "Critical Care"[Mesh] OR "Critical Illness"[Mesh]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR "Patient Care Management"[Mesh])	723	12
TOTAL	1639	66

Tabla 3. Estrategias de búsqueda en Pubmed. Fuente: Elaboración propia.

- CINAHL.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en Cinahl, se emplea la búsqueda avanzada mediante los términos del lenguaje controlado MeSH, combinándolos con los operadores booleanos [AND] y [OR]. En algunas de las estrategias de búsqueda se ha utilizado el lenguaje libre por no existir ningún término MeSH que se asemeje a la palabra o expresión deseada. También se incluyen los términos recomendados por la base de datos al redactar las estrategias de búsqueda.

Para llevar a cabo la búsqueda se selecciona el modo “booleano/frase” y se eligen los ampliadores: aplicar palabras relacionadas, buscar también dentro del texto completo de los artículos y aplicar materias equivalentes. Además, se escogen los siguientes filtros para limitar la búsqueda: texto completo, fecha de publicación: marzo 2015 – marzo 2020, all adult, humano y artículos en los idiomas inglés, español y portugués.

Tras realizar las estrategias de búsqueda se obtuvieron un total de 1092 artículos, de los cuales se seleccionaron 19. Los artículos restantes fueron descartados tras la lectura de título y resumen (Ver Tabla 4).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
("Conscious Sedation" OR "Moderate Sedation") AND ((("Advantages" OR "Benefits") OR ("Disadvantages" OR "Limitations")))	179	0
((("Analgesia" OR "Analgesics") OR "Hypnotics and Sedatives") AND ("Intensive Care Unit" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "ICU"))	353	6
("Intensive Care Unit" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "ICU" OR "Critical Care Nursing") AND "Sedation Scale"	98	5
("Intensive Care Unit" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "ICU" OR "Critical Care Nursing") AND ("Pain Scale" OR "Pain Management" OR "Pain Measurement")	275	4
("Intensive Care Unit" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "ICU" OR "Critical Care Nursing") AND ("Braden" OR "Norton" OR "Waterlow" OR "EMINA")	152	1
("Intensive Care Unit" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "ICU" OR "Critical Care Nursing") AND ("delirium scale and treatment")	35	3
TOTAL	1092	19

Tabla 4 . Estrategias de búsqueda en Cinahl. Fuente: Elaboración propia.

- COCHRANE.

En esta base de datos se realiza una búsqueda avanzada con los términos MeSH que aparecen en la tabla 5, unidos por los operadores booleanos [AND] y [OR]. En algunas estrategias de búsqueda se hace uso del lenguaje libre al no haber ningún término del lenguaje controlado que se asemeje a lo que buscamos. Los filtros aplicados son: publicaciones de los últimos 5 años y "search word variations".

En esta base de datos el total de artículos devueltos fue de 763, de los cuales se acabaron seleccionando 16. El resto fueron descartados tras la lectura de título y resumen por no ajustarse a los criterios de inclusión previamente establecidos (Ver Tabla 5).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
((("Analgesia" OR "Analgesics") OR "Hypnotics and Sedatives") AND ("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness"))	131	6
"Conscious Sedation" AND (advantages OR limitations)	30	3
("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "Critical Care Nursing") AND ("Nursing" OR "Nursing Care" OR "Patient Care Management")	234	2
("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "Critical Care Nursing") AND ("Pain Measurement" OR "Pain Management" OR scale)	368	5
TOTAL	763	16

Tabla 5. Estrategias de búsqueda en Cochrane. Fuente: Elaboración propia.

- **CUIDEN.**

La estrategia de búsqueda se lleva a cabo mediante la utilización del lenguaje controlado del tesauro DeCS, combinando las palabras clave mediante los operadores booleanos [AND] y [OR] en la opción de búsqueda avanzada. Se hace uso de la búsqueda mediante palabras clave y resumen. Se aplican los filtros de últimos 5 años y acceso al texto completo.

El total de artículos recuperados fue de 138, de los cuales se acabaron seleccionando 15 tras la lectura de título y resumen (Ver Tabla 6).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
[cla= sedación] and ([cla= analgesia] or [cla= analgésicos])	0	0
[res= sedación] and ([res= analgesia] or [res= analgésicos])	8	0
(([cla="Analgésicos"] or [cla="Analgesia"] or [cla="Sedantes"] or [cla="Hipnóticos"] or [cla="Cuidados intensivos"] or [cla="Cuidados críticos"] or [cla="Pacientes críticos"]	2	0
(([res="Analgésicos"] or [res="Analgesia"] or [res="Sedantes"] or [res="Hipnóticos"] or [res="Cuidados intensivos"] or [res="Cuidados críticos"] or [res="Pacientes críticos"]	13	1
([cla="Sedación"] or [cla="Dolor"]) and ([cla= cuidados intensivos] or [cla= cuidados críticos] or [cla= pacientes críticos])	13	4
([res="Sedación"] or [res="Dolor"]) and ([res= cuidados intensivos] or [res= cuidados críticos] or [res= pacientes críticos])	45	1
([cla="Sedación"] or [cla="Dolor"]) and ([cla= cuidados intensivos] or [cla= cuidados críticos] or [cla= pacientes críticos]) and ([cla= enfermera(o)] or [cla= atención de enfermería] or [cla= enfermería intensiva] or [cla= enfermería])	7	1
([res="Sedación"] or [res="Dolor"]) and ([res= cuidados intensivos] or [res= cuidados críticos] or [res= pacientes críticos]) and ([res= enfermera(o)] or [res= atención de enfermería] or [res= enfermería intensiva] or [res= enfermería])	18	1
([cla= cuidados intensivos] or [cla= cuidados críticos] or [cla= pacientes críticos]) and ([cla="Evaluación del dolor"] or [cla="Escalas"] or [cla="Escalas de valoración"])	6	2
([res= cuidados intensivos] or [res= cuidados críticos] or [res= pacientes críticos]) and ([res="Evaluación del dolor"] or [res="Escalas"] or [res="Escalas de valoración"])	26	5
TOTAL	138	15

Tabla 6. Estrategias de búsqueda en Cuiden. Fuente: Elaboración propia.

- **DIALNET.**

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en esta base de datos, se combinan los términos del lenguaje controlado DeCS con los operadores booleanos [AND] y [OR], haciendo uso también del lenguaje libre cuando es necesario. Los filtros utilizados fueron: publicaciones de los últimos 5 años, con acceso al texto completo e idiomas español, inglés y portugués.

El total de artículos recuperados en esta base de datos fue de 207, de los que finalmente se seleccionaron 7. Los artículos restantes se descartaron tras la lectura de título y resumen por no ajustarse a los criterios de inclusión previamente establecidos (Ver Tabla 7).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
"Sedación Consciente" AND ("Beneficios" OR "Inconvenientes")	1	0
((("Analgesia" OR "Analgésicos") OR ("Hipnóticos y Sedantes"))) AND ("Unidades de Cuidados Intensivos" OR "Cuidados Críticos" OR "Enfermedad Crítica")	14	1
"Sedación Consciente" AND ("Unidades de Cuidados Intensivos" OR "Cuidados Críticos" OR "Enfermedad Crítica")	0	0
("Unidades de Cuidados Intensivos" OR "Cuidados Críticos" OR "Enfermedad Crítica" OR "Enfermería de Cuidados Críticos") AND ("Enfermería" OR "Enfermeras y Enfermeros" OR "Atención de Enfermería")	116	1
("Unidades de Cuidados Intensivos" OR "Cuidados Críticos" OR "Enfermedad Crítica" OR "Enfermería de Cuidados Críticos") AND ("Dimensión del Dolor" OR "Manejo del Dolor" OR "Escala")	76	5
TOTAL	207	7

Tabla 7. Estrategias de búsqueda en Dialnet. Fuente: Elaboración propia.

- **IBECS.**

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica, se emplea la búsqueda avanzada y se combinan los términos MeSH del lenguaje controlado con los operadores booleanos [AND] y [OR]. Se utilizan términos del lenguaje libre en algunas estrategias de búsqueda. La base de datos no permite seleccionar filtros, aun así, solo son elegidos los artículos publicados en los últimos 5 años y con posibilidad de acceso al texto completo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión escogidos para el trabajo.

En total se obtuvieron 722 artículos, de los cuales se seleccionaron 22. Los 700 artículos restantes se descartaron tras la lectura de título y resumen (Ver Tabla 8).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
("Sedation, Conscious" OR "Sedation, Moderate") AND ("Advantages" OR "Benefits") OR ("Disadvantages" OR "Limitations")	2	0
((("Analgesia" OR "Analgesics") OR "Hypnotics and Sedatives") AND ("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness"))	80	8
("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "Intensive Care Nursing") AND ("Nursing" OR "Nursing Care" OR "Patient Care Management")	470	4
("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "Intensive Care Nursing") AND ("Pain Measurement" OR "Pain Management" OR "Scale")	170	10
TOTAL	722	22

Tabla 8. Estrategias de búsqueda en Ibecs. Fuente: Elaboración propia.

- MEDES.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se emplea la opción de búsqueda avanzada. Se combinan los términos del lenguaje controlado DeCS con los operadores booleanos [AND] y [OR], y se selecciona la opción de buscar en “todos los campos”. Se utilizan términos del lenguaje libre para completar algunas estrategias de búsqueda. Medes no da la opción de limitar la estrategia de búsqueda mediante filtros, por lo que se siguen los criterios tanto de inclusión como de exclusión seleccionados para el trabajo.

Tras realizar las estrategias de búsqueda se obtuvieron un total de 456 artículos, de los que finalmente se seleccionaron 10. El resto fueron eliminados tras la lectura de título y resumen, ya que no se ajustaban a los criterios de inclusión establecidos (Ver Tabla 9).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
"Sedación Consciente"[todos] AND ("Beneficios"[todos] OR "Limitaciones"[todos])	1	0
("Analgesia"[todos] OR "Hipnóticos y Sedantes"[todos]) AND ("Unidades de Cuidados Intensivos"[todos] OR "Cuidados Críticos"[todos] OR "Enfermedad Crítica"[todos])	40	3
("Unidades de Cuidados Intensivos"[todos] OR "Cuidados Críticos"[todos] OR "Enfermedad Crítica"[todos]) AND ("Enfermería"[todos] OR "Atención de Enfermería"[todos])	294	2
("Unidades de Cuidados Intensivos"[todos] OR "Cuidados Críticos"[todos] OR "Enfermedad Crítica"[todos]) AND ("Escala"[todos] OR "Manejo del Dolor"[todos])	121	5
TOTAL	456	10

Tabla 9. Estrategias de búsqueda en Medes. Fuente: Elaboración propia.

- **SCIENCE DIRECT.**

Para realizar la búsqueda bibliográfica en esta base de datos se hace uso de la búsqueda avanzada. Se emplea el lenguaje controlado MeSH, combinando los términos con los operadores booleanos [AND] y [OR]. En algunas estrategias de búsqueda se emplea el lenguaje libre, al no existir ningún término MeSH que se asemeje. Se limita la búsqueda a los artículos publicados en los últimos 5 años y a aquellos que permitan acceder al texto completo de forma gratuita.

En esta base de datos se obtuvieron un total de 2775 artículos, de los cuales se acabaron seleccionando 29. Se descartaron aquellos que, tras la lectura de título y resumen, no se ajustaban a los criterios de inclusión previamente establecidos (Ver Tabla 10).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
"Conscious Sedation" AND (("Advantages" OR "Benefits") OR ("Disadvantages" OR "Limitations"))	536	2
((("Analgesia" OR "Analgesics") OR "Hypnotics and Sedatives") AND ("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness"))	1145	12
("Sedation" OR "Pain") AND ("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Care Nursing") AND ("Nursing" OR "Nursing Care")	797	6
("Intensive Care Units" OR "Critical Care Nursing") AND ("Pain Management" OR "Pain Measurement" OR "Pain Scale")	243	8
("Intensive Care Units" OR "Critical Care Nursing") AND ("Braden" OR "Norton" OR "Waterlow" OR "EMINA")	51	1
("Intensive Care Units" OR "Critical Care Nursing") AND "Delirium Scale"	3	0
TOTAL	2775	29

Tabla 10. Estrategias de búsqueda en Science Direct. Fuente: Elaboración propia.

- **SCIELO.**

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica en SciELO se hace uso de la búsqueda avanzada. Se emplean los términos del lenguaje controlado MeSH y DeCS y se combinan con los operadores booleanos [AND] y [OR]. Se utiliza el lenguaje libre en aquellas búsquedas en las que no hay un término del lenguaje controlado que se asemeje a lo que se necesita. La búsqueda se lleva a cabo con la opción de "todos los índices" y los filtros seleccionados son: artículos publicados en los últimos 5 años e idiomas inglés, español y portugués.

Tras realizar las estrategias de búsqueda se recuperaron un total de 316 artículos, de los que finalmente se seleccionaron 18. Los 298 artículos restantes fueron descartados tras la lectura de título y resumen (Ver Tabla 11)

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS RECUPERADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
"Conscious Sedation" AND (("Advantages" OR "Benefits") OR ("Disadvantages" OR "Limitations"))	4	0
((("Analgesia" OR "Analgesics") OR "Hypnotics and Sedatives") AND ("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness"))	22	3
((("Analgesia" OR "Analgésicos") OR "Hipnóticos y Sedantes") AND ("Unidad de Cuidados Intensivos" OR "Cuidados Críticos" OR "Enfermedad Crítica"))	21	1
("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "Critical Care Nursing") AND "Scale"	120	9
("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "Critical Care Nursing") AND ("Pain Management" OR "Pain Measurement")	0	0
("Intensive Care Units" OR "Critical Care" OR "Critical Illness" OR "Critical Care Nursing") AND ("Nursing" OR "Nursing Care" OR "Patient Care Management")	149	5
TOTAL	316	18

Tabla 11. Estrategias de búsqueda en SciELO. Fuente: Elaboración propia.

De los 8109 artículos encontrados en todas las bases de datos consultadas, y tras la lectura de título y resumen, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionan 203 para su lectura completa. De éstos se descartan los 107 que están repetidos. Por lo tanto, quedan 96 artículos que se leen en profundidad, seleccionando los 25 que se ajustan a los objetivos de la revisión.

Además, se decide incluir una Guía de Práctica Clínica del año 2013 encontrada a través de la base de datos de Pubmed por su relevancia para el presente trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tras la lectura en profundidad de los artículos seleccionados y, con el propósito de responder a los objetivos planteados para el desarrollo de este trabajo, se proponen las siguientes áreas temáticas:

3.1 Sedación consciente. Beneficios e inconvenientes en función del nivel de sedación.

En el año 2017 los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), publicaron unas recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos (25), que se irán introduciendo a lo largo del trabajo para contrastar información.

La sedoanalgesia es fundamental en el manejo de los pacientes críticos en las unidades de cuidados intensivos. Su objetivo es proporcionar un nivel óptimo de comodidad y

seguridad, reduciendo los niveles de ansiedad y la desorientación, facilitando el sueño y controlando adecuadamente el dolor (26,27).

Un manejo adecuado también va a facilitar la aplicación de cuidados de enfermería y técnicas de soporte vital, aunque su uso no está libre de complicaciones, derivadas normalmente de una infra- o sobreutilización que puede complicar la evolución y pronóstico del paciente e incrementar los costes sanitarios. Por esta razón es tan importante conseguir un nivel de analgosedación óptimo, mediante la aplicación de estrategias seguras, adaptándose a las necesidades del paciente y garantizando su máximo bienestar, minimizando los eventos adversos (28).

Entre las complicaciones asociadas a la infrasedación se encuentran: miedo, ansiedad, trastornos del sueño, agitación, delirio, desadaptación a la VM, etc. En cuanto a las derivadas de la sobredosificación destacan: retraso en el despertar, aumento del tiempo de VM y de las complicaciones asociadas a la misma, aumento del delirio, del síndrome de estrés postraumático, de la estancia tanto en la UCI como en el hospital, etc (27,28).

Hace unos años, en las UCI predominaba la sedación profunda, y existe evidencia que demuestra que en algunas todavía sigue prevaleciendo un exceso en la administración de sedantes (29). Se debe evitar su administración de forma innecesaria, principalmente en los primeros días de ingreso, ya que las observaciones de múltiples estudios sugieren un vínculo entre la sedación profunda temprana (en las primeras 48-72 horas) y un gran número de complicaciones, sobre todo a largo plazo (27,29). Por lo tanto, solo debería emplearse en situaciones en las que esté indicado como en la insuficiencia respiratoria grave con asincronía paciente-ventilador, en el uso de bloqueantes neuromusculares, en pacientes con lesiones cerebrales graves y en aquellos con estatus epiléptico (27).

Actualmente existe una amplia evidencia acerca de que el uso de la mínima dosis de sedación posible trae consigo importantes beneficios, como la disminución del tiempo de VM, de las dosis y tiempos de sedación, de la incidencia de neumonía asociada al respirador y de delirio, además de la disminución de la estancia tanto en la UCI como en el hospital. Esto es debido a que se reduce el tiempo desde el comienzo del destete a la extubación, disminuye la frecuencia de las traqueostomías y hay una menor incidencia de trastornos psicológicos durante el periodo de hospitalización y tras el alta (26,28).

La sedación consciente o ligera se centra en mantener al paciente en un estado en el que esté tranquilo, cómodo y colaborador. Idealmente, puede estar despierto para mantener el

contacto visual, interactuar con el personal sanitario y los miembros de la familia y participar en la terapia física y ocupacional, pero se le permite quedarse dormido cuando no se le interrumpe (29). Supone la depresión mínima del nivel de conciencia y permite al paciente conservar estabilidad a nivel cardiovascular y la vía aérea permeable, manteniendo buenos reflejos y una ventilación espontánea adecuada (26). Este estado es equivalente a una puntuación en la escala RASS de -1/0 para algunos autores (29), mientras que para otros la calificación es de -2 a +1 (con un ideal de 0) (27). Con este grado de sedación se deberá prestar especial atención a la aparición de episodios de asincronía con el respirador o agitación, ya que podría ser necesario modificar algunos parámetros del ventilador o administrar analgesia de rescate (27).

Se recomienda en pacientes que no necesitan sedación profunda y especialmente en aquellos que requieran una valoración periódica de su estado de conciencia, ya sea debido a una enfermedad crítica o a un procedimiento complejo como la adaptación a las modalidades espontáneas de VM, el acoplamiento a la ventilación mecánica no invasiva, o durante la retirada del tubo endotraqueal (25,26).

Mistraletti et al. (30) llevaron a cabo un estudio en el que analizan la percepción del estrés en pacientes sometidos a sedación consciente, comparando la perspectiva de los mismos con la del personal sanitario que los atiende y la de sus familiares. El dolor, la privación del sueño, la sed, la presencia de tubos, la incapacidad para moverse libremente, la ausencia de sus seres queridos y las dificultades a la hora de comunicarse son considerados los factores más estresantes. Algunos de los referidos por los pacientes, como la presencia de tubos en la boca o no poder comunicarse, están relacionados con instrumentos empleados para mantener su estabilidad, por lo que muchas veces no se puede hacer demasiado al respecto. No obstante, hay otros factores como no poder dormir u oír ruidos extraños que pueden dejar de ser estresantes gracias a intervenciones enfermeras como reorientar al paciente (30).

El nivel de estrés asociado al ingreso en UCI está sobreestimado tanto por los profesionales sanitarios como por los familiares, siendo las enfermeras los miembros del equipo multidisciplinar que más sobreestiman el nivel de estrés al que están sometidos los pacientes con sedación consciente, especialmente en los factores que están relacionados con el entorno, y subestimando los relacionados con el sueño, la monitorización y el aparataje de la unidad. El estudio concluye que una sedación ligera está asociada con un menor nivel de estrés del que se estima y puede facilitar la práctica,

principalmente de las enfermeras, al conocer los factores que suponen un mayor estrés para los pacientes (30).

3.2 Analgesia. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero.

El dolor es una de las experiencias más traumáticas que experimentan las personas que ingresan en una UCI (31). Los estudios publicados hasta el momento lo consideran un problema por estar mal evaluado y tratado. Más del 50% de los pacientes críticamente enfermos experimenta dolor durante su estancia en la UCI (32,33). Aproximadamente el 75% informa dolor intenso, el 30% dolor en reposo y el 50% dolor durante los procedimientos de enfermería (34).

Está considerado como el quinto signo vital y si es intenso induce una respuesta al estrés y una estimulación simpatoadrenérgica que provoca taquicardia e hipertensión, entre otros. El dolor, especialmente en los pacientes sedados, puede presentarse como agitación o delirio, y cuando se maneja mal, puede tener secuelas psicológicas a largo plazo como ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático o dolor crónico. A nivel sistémico produce una respuesta inflamatoria, hiperglucemia, inmunosupresión, hipercoagulabilidad, aumento del catabolismo y deterioro en la cicatrización de heridas. Además, se relaciona con alteraciones en el patrón del sueño que afectan negativamente al estado de salud de la persona. Todos estos factores pueden conducir a una mayor estancia tanto en la UCI como en el hospital, además de a una mayor mortalidad (27,32,35).

El dolor experimentado por los pacientes se puede clasificar en cuatro categorías (29,32):

- Dolor crónico preexistente o requisitos de analgesia, provocado por ejemplo por síndromes de dolor neuropático crónico o adicción a opioides.
- Dolor agudo relacionado con la enfermedad, como es el caso de una cirugía, un trauma musculoesquelético o un dolor visceral relacionado con la inflamación.
- Dolor o molestia continua relacionada con el tratamiento en la UCI, provocado por ejemplo por el tubo endotraqueal y la VM, los cuidados relacionados con los cambios de posición, la aspiración traqueal, la fisioterapia, etc.
- Dolor intermitente en el procedimiento, como el que se puede producir durante la inserción de un drenaje o la realización de una traqueotomía.

Se han realizado estudios con el objetivo de identificar el nivel de dolor de los pacientes antes y después de las intervenciones enfermeras, además de los procedimientos más propensos a aumentar el dolor. Los resultados de Ayasrah (33) confirmaron que los

pacientes experimentan dolor en reposo, lo que se asocia con una mayor intensidad de dolor durante los cuidados de enfermería de rutina. En cuanto a los procedimientos más dolorosos, sus hallazgos coinciden con los de Palacios-Espinosa et al. (36), situando el reposicionamiento como la técnica más dolorosa, seguido de la aspiración endotraqueal y el cuidado de la boca. La administración de analgesia suplementaria de manera previa al inicio de cualquier procedimiento nociceptivo podría ser una opción útil para disminuir el dolor de estos pacientes (25,33).

El reconocimiento temprano y la monitorización del dolor son esenciales para su correcto manejo, permitiendo ajustar no solo la medicación analgésica, sino también la sedante. Además, permite reducir el tiempo de VM, la estancia en la UCI y el número de infecciones. Algunos autores incluso han encontrado una reducción de la mortalidad, y, en consecuencia, de los costes (26,32,33,36).

La evaluación del dolor es un deber de los profesionales sanitarios, y su negación y devaluación supone errores éticos y fallas en la excelencia de la práctica profesional (33,34). Menos del 50% de los profesionales de UCI lo evalúa, e incluso cuando se hace, es con poca frecuencia. La falta de capacitación para su evaluación por parte del personal sanitario es un factor citado frecuentemente como causa del mal manejo del dolor (32).

Los principios fundamentales para su evaluación en pacientes críticos son (32):

- Comprender e identificar las causas de la angustia atribuibles al dolor.
- Evaluar el dolor, la sedación y el delirio mediante el uso de escalas validadas, de forma regular y precisa, usando toda la información en conjunto.
- Tener en cuenta que los signos vitales no deben usarse solos en la evaluación del dolor, aunque pueden emplearse como señal para una evaluación adicional.

La evaluación de los signos vitales está cuestionada por parte de algunos autores y guías de práctica clínica (25,26,33,36), afirmando que pueden ser engañosos, ya que es posible que se vean afectados por otros factores tales como los medicamentos y las condiciones fisiológicas subyacentes (33). Si se dieran de forma súbita se podría sospechar de la presencia de dolor, pero normalmente aparecen de manera irregular y, teniendo en cuenta las características del paciente crítico, resultan inespecíficas (26), por lo que no es recomendable utilizar únicamente los signos vitales ni tampoco instrumentos observacionales que los incluyan. Deben considerarse datos necesarios, pero no suficientes (25,36).

Para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado del dolor es necesario el uso de herramientas confiables que ayuden en su detección y medición (35). Los pacientes que se someten a evaluaciones periódicas tienen más probabilidades de tener niveles más bajos de sedación, un aumento del uso de terapias analgésicas multimodales no opioides y analgesia preventiva antes de los procedimientos dolorosos (32).

Para llevar a cabo la valoración del dolor y, al tener un carácter subjetivo, el autoinforme es el “estándar de oro”, ya que es la medida más válida y confiable (26,32,33,36). Por lo tanto, en pacientes conscientes y orientados que pueden comunicarse, se recomienda la utilización de herramientas tales como la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala Numérica del Dolor (NRS). Son las más utilizadas, ya que son fáciles de aplicar y además están aceptadas y validadas para la evaluación y el monitoreo del dolor (26,27,29,32,36). La Escala Descriptiva Verbal (ARS) también se considera válida (36) y Celis-Rodríguez et al. (26) refieren que la máxima sensibilidad y el mayor valor predictivo se obtienen con la Escala Visual Numérica (EVN).

Narayanan et al. (32) describen brevemente tres de las escalas mencionadas:

- EVA: los pacientes pueden marcar su dolor en una línea de 100 milímetros, con descriptores verbales en cada extremo (0: sin dolor) y (100: dolor muy intenso).
- NRS: los pacientes califican el dolor en una escala de 11 puntos (0: sin dolor) y (100: dolor intenso).
- Escala de Calificación Verbal (VRS): escala de 4 puntos en la que el dolor puede clasificarse como 1: ausente, 2: leve, 3: moderado y 4: grave.

Autores como Rahu et al. (37) otorgan valores diferentes a la escala NRS, presentándola como una barra horizontal que contiene números y una indicación del nivel de dolor junto a ellos. La puntuación va desde (0: sin dolor) hasta (10: el peor dolor posible).

Por otro lado, en pacientes que se encuentran sedados, con trastornos en el nivel de conciencia o intubados sin posibilidad de comunicación, se debe sospechar de la presencia de dolor a partir de expresiones faciales, excitación psicomotriz o asincronía entre el paciente y el ventilador (27,29,33).

Las directrices internacionales recomiendan el uso de escalas basadas en indicadores conductuales de dolor para pacientes que no pueden autoinformarlo, siempre que se mantenga su función motora y los comportamientos de la persona sean observables, como la Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) y/o la Behavioral Pain Scale (BPS) (35),

que además pueden emplearse para la monitorización de la respuesta terapéutica del dolor. Deben ser aplicadas de manera periódica, idealmente cada 4-6 horas y formando parte de un protocolo de actuación y evaluación, antes y después de realizar aquellos procedimientos que puedan provocar o exacerbar el dolor (25,27,29).

La CPOT evalúa cuatro indicadores (Ver Imagen 1), puntuando cada uno con un número entre 0 y 2. La puntuación final varía entre 0 y 8, y a partir de 2 tiene una alta sensibilidad y especificidad para predecir un dolor significativo en pacientes postoperatorios de la UCI expuestos a un procedimiento doloroso (32,34).

La BPS utiliza observaciones clínicas para evaluar tres indicadores (Ver Imagen 1), puntuando cada uno con un número entre 1 y 4. La puntuación final varía entre 3 y 12 y el paciente necesitará manejo del dolor a partir de 6. Esta escala ha sido validada por grupos independientes del que la desarrolló y ha demostrado tener una correlación adecuada con las escalas subjetivas. Además, se ha desarrollado una versión modificada para su uso en pacientes no intubados, sustituyendo el ítem de adaptación a la ventilación mecánica por el de vocalización (26,32,34,37).

Item	Descripción	Puntuación	Item	Descripción	Puntuación
Expresión facial	Relajado	0	Expresión facial	Relajada	1
	Tenso	1		Parcialmente tensa	2
	Mueca de dolor	2		Totalmente tensa	3
Movimiento de miembros	No realiza movimientos	0		Haciendo muecas	4
	Protección	1	Movimiento de miembros superiores	Relajado	1
	Agitación	2		Parcialmente flexionado	2
Tensión muscular	Relajado	0		Totalmente flexionado	3
	Tenso	1		Totalmente contraído	4
	Muy tenso o rígido	2	Ventilación mecánica	Tolerando movimientos	1
Adaptación al ventilador	Bien adaptado	0		Tosiendo, pero tolerando la ventilación durante la mayor parte del tiempo	2
	Tose pero tolera la ventilación	1		Luchando contra el ventilador	3
	Lucha con el ventilador	2		Imposibilidad de controlar el ventilador	4
Vocalización	Habla en tono norma / no habla	0	Puntuación > 5 es indicativo de presencia de dolor siendo máximo con puntuación de 12		
	Suspiros, gemidos.	1			
	Gritos, sollozos	2			
Puntuación > 2 es indicativo de presencia de dolor.					

Imagen 1. Critical Care Pain Observational Tool (CPOT) y Behavioral Pain Scale (BPS). Fuente: Enfoque actual de la analgesia, sedación y delirium en Cuidados Críticos (27).

En la última revisión realizada de estas escalas (año 2019), se ha llegado a la conclusión de que ambas presentan buenas propiedades psicométricas y buena confiabilidad, siendo válidas y fiables para su aplicación en pacientes críticos incapaces de autoinformar su

dolor. Los profesionales sanitarios las consideran herramientas útiles, ya que son fáciles de usar y memorizar. Se recomienda su uso de manera simultánea para obtener una detección y evaluación más precisas del dolor (34).

<i>Facial expression</i>	<i>Score</i>
Relaxed	0
Tense, frowning/grimacing	1
Regularly frowning/clenched jaw	2
<i>Calmness</i>	
Calm, relaxed, normal movements	0
Occasional restless movement, shifting position	1
Frequent movement, including head or limbs	2
<i>Muscle tone</i>	
Normal	0
Increased. Flexion of fingers and/or toes	1
Rigid	2
<i>Compliance with mechanical ventilation (MV)</i>	
Tolerates MV	0
Coughs, however, tolerates MV	1
Fights with the respirator	2
<i>Consolability</i>	
Comfortable, quiet	0
Reassured by touch or talk. Distractible	1
Difficult to comfort by touch or talking	2

Imagen 2. Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID). Fuente: Psychometric validation of the behavioral indicators of pain scale for the assessment of pain in mechanically ventilated and unable to self-report critical care patients (35).

En el año 2011 se validó la escala ESCID como una herramienta útil para evaluar el dolor en pacientes adultos con VM e incapaces del autoinforme. Fue desarrollada a partir de la escala Campbell original, propuesta por el grupo de trabajo de sedación y analgesia de la SEMICYUC, que presenta dos limitaciones: nunca ha sido sometida a estudios de validación en pacientes críticos y no es aplicable a pacientes con VM porque no la incluye como indicador. En la versión validada de la escala ESCID, el indicador “vocalización” fue reemplazado por “cumplimiento de la ventilación mecánica”.

Además, se incluyeron más indicadores y cada uno de ellos se definió y cuantificó con mayor precisión para minimizar la subjetividad del observador (35).

Tiene buenas propiedades psicométricas, ya que presenta una alta consistencia interna en sus cinco dominios, aunque ésta disminuyó de manera significativa en pacientes muy sedados, al igual que ocurre con las escalas BPS y CPOT. Muestra un alto grado de correlación con la BPS, por lo que es una herramienta válida y confiable. Presenta mayor fiabilidad en pacientes con patologías médicas y ha sido validada al español (35).

Rahu et al. (37) elaboraron un estudio para evaluar la validez y la sensibilidad de 6 escalas para valorar el dolor: BPS, Adult Nonverbal Pain Scale (ANVPS), COMFORT, FLACC, Pain Assessment Behavioral Scale (PABS) y FACES-nurse.

- ANVPS: formada por 5 ítems: cara, actividad/movimiento, defensa, fisiológico I (signos vitales), fisiológico II (temperatura, dilatación pupilar). El rango de puntuación va de 0 a 10. Los números más bajos indican menos dolor.

- COMFORT: presenta 8 ítems: estado de alerta, agitación, respuesta respiratoria, movimientos físicos, tono muscular, tensión facial, presión arterial y frecuencia cardíaca. Si la puntuación final está entre 8-16 el paciente está sobredorado, entre 17-26 sedado adecuadamente y entre 27-40 sedado inadecuadamente.
- FLACC: formada por 5 ítems: F: face (cara), L: legs (piernas), A: activity (actividad), C: cry (llanto) y C: consolability (confortabilidad). El rango de puntuación va desde 0 hasta 10. Los números más bajos indican menos dolor.
- PABS: presenta 5 ítems: cara, agitación, tono muscular, vocalización y confortabilidad. El rango de puntuación va de 0 a 10. Los números más bajos indican menos dolor.
- FACES-nurse: adaptada a partir de la escala FACES (para pacientes comunicativos) para que pueda ser utilizada por la enfermera a la hora de valorar el dolor del paciente.

Las 6 escalas mostraron una alta sensibilidad para valorar el dolor tanto antes como durante los procedimientos dolorosos, y se llegó a la conclusión de que ninguna es superior a otra. A pesar de que se deben evitar las escalas que incluyan signos vitales, como la ANVPS y la COMFORT, ambas presentaron una alta sensibilidad. El estudio concluye que se debe tener precaución con la escala FACES, ya que la subjetividad puede llevar a una mala interpretación del nivel de dolor (38).

Los principios básicos para el manejo del dolor en la UCI son muy similares a los del entorno perioperatorio. Los algoritmos que enfatizan la analgesia adecuada antes de la sedación (analgo-sedación o analgesia primero) reducen la necesidad de sedantes y, por lo tanto, la duración de la VM sin aumentar la incidencia de extubaciones accidentales o el trastorno de estrés postraumático (32).

Los pacientes críticos generalmente presentan múltiples trastornos fisiológicos, lo que influye en el perfil farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos. Los principios fundamentales para el tratamiento del dolor en la UCI son (32):

- Utilizar un enfoque multimodal.
- Asegurar un enfoque holístico mediante la combinación de intervenciones no farmacológicas y farmacológicas (analgesia sistémica y técnicas locorreregionales).
- Dirigir la analgesia a objetivos individualizados, con reevaluaciones periódicas y siempre evitando las infusiones continuas prolongadas

- Enfatizar en la analgesia antes de la sedación y en la interrupción diaria de la misma, de la que se hablará más adelante.

El concepto de analgesia multimodal fue descrito inicialmente para pacientes postoperatorios. Las vías y receptores del dolor son numerosos y complejos, así que el enfoque multimodal consiste en el uso simultáneo de diferentes tipos de analgésicos, con diferentes mecanismos de acción, a dosis bajas para modular las diferentes vías y receptores, consiguiendo así el mejor beneficio. Su objetivo es reducir el uso de opioides, apoyándose en analgésicos y medidas no farmacológicas. Además de la reducción de la dosis, también permite disminuir los efectos adversos y las complicaciones, todo esto mejorando la eficacia de la analgesia (25,27,32).

Las modalidades para el manejo del dolor incluyen analgesia sistémica y regional. En cuando a la primera, no hay evidencia para apoyar la superioridad de un analgésico sobre otro en cuidados intensivos. Se recomienda la vía intravenosa, ya que el inicio de acción del fármaco es más rápido, además de presentar mayor biodisponibilidad. Así también se evitan problemas de absorción que se pueden dar en estados de baja perfusión (32).

Los opioides se consideran el pilar principal para el tratamiento del dolor en la UCI, sin embargo, sus efectos secundarios y tóxicos son frecuentes. Efectos tales como la sedación, depresión respiratoria, euforia, delirio, alucinaciones, náuseas y vómitos, hipotensión arterial, bradicardia, inmunosupresión, etc., favorecen la prolongación de la estancia en UCI y pueden empeorar los resultados de los pacientes incluso después del alta. Además, su uso prolongado produce tolerancia, dependencia y abstinencia, por eso es fundamental evaluar regularmente el dolor, reduciendo las tasas de infusión si se logran los objetivos (26,27,29,32).

A pesar de esto y dada su potencia analgésica, los opioides siguen siendo el analgésico de primera línea, siendo los más frecuentes la morfina, el fentanilo, el remifentanilo y el alfentanilo, mientras que los menos usados son el tramadol, la codeína, la diamorfina y la oxicodona (Ver Tabla 12) (32).

Fármaco	Tipo	Características y precauciones en la administración
Morfina	Opiáceo	Se puede administrar IV de manera intermitente. Precaución en la insuficiencia hepática y sobre todo en la renal, ya que se acumula, provocando sedación y depresión respiratoria.
Fentanilo	Opiáceo	Derivado sintético de la morfina aproximadamente 100 veces más potente, con un inicio de acción más rápido y que produce menos hipotensión. En infusión continua prolongada se asocia con un aumento del efecto sedante y depresor del centro respiratorio. Se acumula en la insuficiencia hepática, y en la renal es mejor su administración en bolos aislados.
Remifentanilo	Opiáceo	Derivado del fentanilo con una potencia analgésica similar pero de acción ultracorta y con un inicio y disminución de la acción muy rápidos. No se acumula. Muy útil para la evaluación neurológica temprana en pacientes neurocríticos. Desaconsejado en pacientes respiratoriamente inestables por su potencia depresora del centro respiratorio. En infusión continua se puede utilizar como fármaco principal en protocolos de analgesia-sedación junto con bolos aislados de sedantes de acción corta. Utilizar en periodos cortos (no más de 5 días) y suspender de forma progresiva.
Alfentanilo	Opiáceo	Inicio y compensación rápidos. En dosis elevadas puede provocar depresión respiratoria de corta duración, sobre todo en pacientes de edad avanzada. Depuración prolongada en insuficiencia hepática, no afecta a la renal.
Tramadol	Opiáceo	Tratamiento del dolor moderado a intenso. Se acumula en la insuficiencia renal y hepática, y se debe tener precaución en pacientes con epilepsia.
Codeína	Opiáceo	Eficaz en el dolor intenso. Los metabolizadores lentos tendrán un alivio inadecuado del dolor, mientras que los metabolizadores rápidos pueden presentar depresión respiratoria.
Diamorfina	Opiáceo	Frecuente en el dolor por cáncer y en paliativos. Por vía intratecal menor depresión respiratoria.
Oxicodona	Opiáceo	Frecuente en el dolor por cáncer y en paliativos. Precaución en la insuficiencia hepática y renal.

Tabla 12. Opiáceos más utilizados en UCI. Fuentes: Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo (26), Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos (27), Analgesia in intensive care: part 1 (32).

Los analgésicos no opioides (Ver tabla 13), así como los fármacos utilizados en el tratamiento del dolor neuropático y los AINEs tienen efectos sinérgicos al asociarlos con los opioides, permitiendo un ahorro en la dosis de los mismos y logrando mejores resultados analgésicos (27).

Fármaco	Tipo	Características y efectos adversos del fármaco
Paracetamol	Analgésico no opioide	Analgésico y antipirético cuya administración ha demostrado reducir los requerimientos de opioides. Útil como parte del régimen multimodal en el tratamiento del dolor intenso. Puede provocar daño hepático.
Nefopam	Analgésico no opioide	Puede provocar taquicardia, elevación de la presión intraocular, convulsiones y delirio. Se recomienda como complemento o reemplazo del tratamiento con opioides.
Ketamina	Analgésico no opioide	Proporciona anestesia y analgesia. Puede producir alucinaciones, por lo que se recomienda su uso bajo premedicación con diazepam o midazolam. Es útil como complemento o reemplazo del tratamiento con opioides.

Tabla 13. Analgésicos no opioides más utilizados en UCI. Fuentes: Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos (27), Analgesia in intensive care: part 1 (32).

Los fármacos para tratar el dolor neuropático, como los anticonvulsivos, los antidepresivos y los neurolépticos, ayudan a controlar el dolor en pacientes tolerantes a

los opioides, facilitan su rotación y son útiles en la abstinencia de opioides y alcohol. Los anticonvulsivos como la carbamacepina, la gabapentina y la pregabalina son más eficaces en el tratamiento del dolor crónico, aunque últimamente están comenzando a utilizarse para tratar el dolor agudo y para prevenir el dolor crónico postoperatorio. Entre los efectos adversos más comunes se encuentran la somnolencia y la confusión. Los antidepresivos tricíclicos son útiles para el dolor crónico y neuropático y sus efectos secundarios incluyen boca seca, sedación, arritmias e hipotensión postural (27,32).

Los AINEs tienen propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias. Se pueden utilizar como terapia principal en el control del dolor o asociados a opiáceos como parte del enfoque multimodal, aunque tienen un uso limitado en la UCI y, por lo general, se evitan. Como consecuencia de los efectos adversos potencialmente graves que pueden producir en algunas personas, su uso debe restringirse a pacientes postoperatorios estables sin disfunción renal, hepática o plaquetaria (27,32).

La analgesia regional se puede utilizar en determinados pacientes para el manejo del dolor postoperatorio de la cirugía cardíaca, del traumatismo de tórax y de las intervenciones toracoabdominales mayores. Proporciona un manejo analgésico adecuado, facilidad para realizar la fisioterapia respiratoria y disminución del tiempo de VM e incidencia de la neumonía nosocomial (26).

Respecto al manejo no farmacológico, algunas opciones pueden ser la rehabilitación física precoz, la movilización temprana, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, terapias de relajación, acupuntura, aromaterapia, así como la facilitación de herramientas que favorezcan la comunicación. Estas intervenciones pueden contribuir a un mejor manejo del dolor, aunque no son necesariamente fáciles de proporcionar (26,27,29,32).

Según Celis-Rodríguez et al. (26), los masajes en la espalda y en los pies durante 5-10 minutos promueven la relajación y mejoran el sueño, al igual que la musicoterapia. En pacientes con VM, ésta se asocia con una disminución de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la ansiedad. En la guía también queda reflejada la necesidad de informar al paciente tanto de su enfermedad como de los procedimientos que se realizan, ya que la falta de información provoca un incremento de la ansiedad, por lo que se recomienda favorecer la comunicación efectiva con los pacientes. Aquellos con VM que no están sedados o están con sedación consciente, pueden tener una mayor autonomía y sensación de bienestar al poder comunicarse con los profesionales y los familiares. Además, se recomienda el uso de gestos, movimientos con la cabeza e imágenes, entre otros.

La promoción del sueño es fundamental para la recuperación de los pacientes. Las alteraciones del mismo pueden provocar eventos adversos como compromiso del sistema inmune, humoral y celular, alteración de la termorregulación, incremento del consumo de oxígeno y producción de CO₂, deterioro neurológico y delirio, por lo que se deben tomar medidas como: sincronización de las actividades con el ciclo circadiano y control del ruido y la luz ambiental (26,30).

El dolor es una experiencia sensorial, emocional y afectiva. Por eso deben considerarse los aspectos psicológicos y su impacto tanto en el paciente como en la familia, ya que el 75% de los familiares muestra síntomas de ansiedad y depresión durante el ingreso (30). Los factores psicológicos se consideran mediadores de la percepción, el mantenimiento y la exacerbación del dolor, por lo que se recomienda un abordaje interdisciplinario del mismo, incluyendo una interacción entre medicina, enfermería y psicología, además de permitir la participación de la familia a la hora de valorar la presencia de dolor (36).

Es importante hablar de las úlceras por presión (UPP), ya que tienen mucha relación con el nivel de dolor que experimenta el paciente y, por lo tanto, con la necesidad de una analgesia adecuada. Los pacientes críticos tienen un mayor riesgo de desarrollarlas como consecuencia de su estado de salud, el tratamiento farmacológico y la inmovilidad a la que están sometidos, entre otros. Algunos estudios han encontrado relación entre las UPP y un aumento de la morbilidad y de la estancia en UCI, además de infecciones graves como bacteriemia y sepsis. Su prevención es fundamental para mejorar la atención al paciente y reducir los costes económicos asociados (38,39,40).

Para valorar el riesgo y poder llevar a cabo una prevención adecuada, se aconseja, además de realizar una evaluación de la piel por turno, utilizar de forma sistemática una EVRUPP validada. Existen 7 escalas validadas en pacientes críticos, 3 específicas (Cubbin-Jackson, Norton Mod. Bienstein y Jackson-Cubbin) y 4 generalistas (Norton, Waterlow, Braden y Braden Mod. Song-Choi) (38,39). Hay mucha controversia sobre qué escala es la más adecuada. Dos Santos Zimmermann et al. (40) refieren que la más utilizada es la escala de Braden. Para Zuo et al. (39) las más usadas son las de Braden y Waterlow, aunque para Roca Biosca (38) la primera presenta un poder predictivo moderado-bajo. Por otro lado, las escalas EMINA y EVARUCI, ambas españolas, presentan una fiabilidad interobservador muy alta, mientras que su validez y capacidad predictiva muestran que son poco eficaces para la detección del riesgo utilizando los puntos de corte sugeridos por los autores.

En cuanto a las medidas que se pueden adoptar para prevenir las UPP se encuentran: movilización, cambios posturales y protección local ante la presión, control de la humedad y protección de la piel frente a la misma, mantener una buena hidratación y nutrición, cuidado de la piel en riesgo, etc. (38,39).

3.3 Sedación, agitación y protocolos de analgosedación. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero.

La agitación se puede definir como la presencia de movimientos frecuentes de la cabeza, los brazos o las piernas y/o desadaptación al respirador. Se caracteriza por una mayor actividad motora y mental que se manifiesta en forma de comportamiento inapropiado, pensamientos desorganizados y pérdida de autocontrol (26,41). Tiene una alta incidencia durante la primera semana de ingreso en UCI, especialmente durante los 3 primeros días (41). Puede ser consecuencia de dolor, ansiedad, delirio, síndrome de abstinencia, etc. y puede comprometer la seguridad del paciente, ya que a menudo oculta los diagnósticos y retrasa el comienzo del tratamiento. Para evitar una sedación innecesaria es importante diagnosticar la causa y no dedicarse únicamente a tratar los síntomas (29).

Como se ha comentado con anterioridad, el objetivo de la sedación es proporcionar confort al paciente y su correcto manejo es vital para reducir la incidencia de agitación y evitar complicaciones asociadas como autoextubación, extracción de dispositivos, caídas, lesiones, etc. (27,41,42).

Diferentes ensayos clínicos han demostrado los beneficios de utilizar un protocolo de sedación y, aun así, tan solo el 54% de los intensivistas los utiliza. Los factores que pueden influir en esta negativa por parte de médicos y enfermeras a su implementación pueden ser la preocupación por poner en riesgo al paciente y aumentar su discomfort, además del potencial incremento de la carga de trabajo. Para que el protocolo funcione es necesaria su aplicación estricta y la participación de todo el equipo, que tiene que ser educado de forma permanente (27).

Debe ser elaborado desde una perspectiva multidisciplinar, y adaptado a cada centro y tipo de paciente. Se debe centrar primero en la analgesia y luego en la sedación, llevando a cabo una adecuada monitorización de las mismas y del delirio mediante el uso de escalas validadas, incluyendo objetivos y una reevaluación periódica de los mismos, ajustando las dosis de sedantes para evitar una infra- o sobredosis (25,27,28). Sin embargo, existen otras estrategias:

La interrupción diaria de la sedación ha demostrado mejoras en los resultados clínicos, disminuyendo la duración de la VM y la estancia en UCI. Además, parece reducir la sedación y el tiempo de estancia hospitalaria, aumentando las tasas de supervivencia, y se ha probado que reduce los síntomas de estrés postraumático a largo plazo. Si el paciente no tolera la interrupción, ya que pueden aparecer episodios de confusión, agitación y ansiedad, se reinicia la sedación continua a la mitad de la dosis, y si está despierto y tranquilo, se valora la posibilidad de realizar una prueba de ventilación espontánea e intentar su extubación (26,27,43). Existe bastante controversia, ya que algunos autores refieren que la adicción de esta medida en pacientes con un protocolo de analgosedación no aumenta los beneficios (27).

Otra estrategia es la sedación ligera temprana dirigida a un objetivo, que consiste en administrar al paciente la menor sedación posible en función de la situación clínica en la que se encuentre (43), cuyos beneficios han sido expuestos con anterioridad. Se recomienda establecer y redefinir periódicamente el objetivo de la sedación para cada paciente, evaluando la respuesta al tratamiento de forma continua (26).

Finalmente se encuentra la estrategia de no sedación. Se ha demostrado que los pacientes sometidos a esta técnica presentan menor duración de la VM y de la estancia en la UCI que los pacientes con interrupción diaria de la sedación. Sin embargo, la agitación y el uso de haloperidol son más frecuentes (29,43).

Frade-Mera et al. (28) recomiendan la asociación de la interrupción diaria de la sedación y un protocolo, que debería ser guiado por enfermeras, ya que son las encargadas de valorar de forma continuada al paciente, detectando cambios, administrando medicación y monitorizando sus efectos y eficacia, entre otros. Los resultados evidencian una mejora en la monitorización de la analgosedación, en el establecimiento de objetivos y en la seguridad y calidad tras la aplicación del protocolo dirigido por enfermeras. Otros autores también recomiendan su implementación por parte del equipo de enfermería (26).

En cuanto a la valoración del nivel de sedación, se debería utilizar una herramienta válida, confiable y factible. En los últimos años se han validado gran cantidad de escalas, siendo las más aceptadas las siguientes: Escala de Ramsay, Motor Activity Assessment Scale (MASS), Adaptation to the Intensive Care Environment (ATICE), Minnesota Sedation Assessment Tool (MSAT), Vancouver Interaction and Calmness Scale (VICS), Sedation-Agitation Scale (SAS) y Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) (26,27). Se recomienda su aplicación de forma sistemática, al menos una vez por turno, y por personal

entrenado (25,26). Lo ideal es que valore tanto el nivel de agitación como el de sedación, este último basándose en la capacidad del paciente para reaccionar a estímulos (26).

Item	Descripción	Puntuación	Item	Descripción	Puntuación
No despierta	Mínima o nula respuesta al dolor. No obedece órdenes	1	Combativo	Abiertamente combativo o violento. Peligro inmediato para el personal	4
Muy sedado	Despierta a estímulo táctil. No se comunica o mueve espontáneamente	2		Se retira tubo(s) o catéter(es) o tiene un comportamiento agresivo hacia el personal	3
Sedado	Despierta al estímulo táctil o verbal suave. Obedece órdenes simples	3	Muy agitado	Movimiento frecuente no intencionado o asincronía paciente-ventilador	2
Calmo	Tranquilo, despierta fácilmente, obedece órdenes	4	Agitado	Ansioso o temeroso pero sin movimientos agresivos o vigorosos	1
Agitado	Ansioso, leve agitación. Intenta sentarse. Calma con instrucciones	5	Inquieto	Alerta y calmo	0
Muy agitado	No se calma a la orden verbal frecuente. Muerde el tubo endotraqueal	6		No completamente alerta, pero se ha mantenido despierto (más de 10 segundos) con contacto visual, a la voz (llamado)	-1
Agitación peligrosa	Tira del tubo endotraqueal, trata de removerlo. Agrede al personal. Se mueve de un lado a otro	7	Somnoliento	Brevemente, despierta con contacto visual (menos de 10 segundos) al llamado	-2
			Sedación ligera	Algún movimiento (pero sin contacto visual) al llamado	-3
			Sedación moderada	No hay respuesta a la voz, pero a la estimulación física hay algún movimiento	-4
			Sedación profunda	Ninguna respuesta a la voz o a la estimulación física	-5
			No despierta		

Imagen 3. Escala de agitación-sedación (SAS scale). Fuente: Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos (27).

Nivel	Descripción
Despierto	
1	Con ansiedad y agitación o inquieto
2	Cooperador, orientado y tranquilo
3	Somnoliento. Responde a estímulos verbales normales
Dormido	
1	Respuesta rápida a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo
2	Respuesta perezosa a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo
3	Ausencia de respuesta a ruidos fuertes o a la percusión leve en el entrecejo

Imagen 4. Escala de agitación y sedación de Richmond (RASS scale). Fuente: Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en cuidados críticos (27).

Imagen 5. Escala de Ramsay. Fuente: Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo (26).

Las más utilizadas y recomendadas por las sociedades científicas son las escalas SAS y RASS, ya que muestran las mejores correlaciones y los mejores resultados, además de ser válidas, confiables y fácilmente aplicables (26,27,42). La SAS tiene 7 categorías (Ver Imagen 3), ha sido validada por varios grupos y está bien aceptada por enfermería para valorar el grado de sedación y agitación. La RASS cuantifica tanto el grado de agitación como la profundidad de la sedación (Ver Imagen 4) y está ampliamente aceptada. La Escala de Ramsay también es una de las más utilizadas. Valora en 6 niveles la situación del paciente, correspondiendo solo uno a la agitación (Ver Imagen 5), por lo que no está

recomendada para valorar la presencia de la misma (26). Es válida, confiable y presenta una alta correlación con las escalas SAS y RASS (42).

Respecto al BIS, las guías clínicas lo recomiendan únicamente para evitar una infra- o sobredosificación en pacientes que requieren un bloqueo neuromuscular o en aquellos en los que no sea factible el uso de escalas clínicas (26).

El uso de sedantes puede tener consecuencias que deben conocerse, monitorizarse y prevenirse, ya que pueden provocar un aumento de la mortalidad, de los costes, de la duración de VM y estancia tanto en la UCI como en el hospital, además de delirio, trastornos depresivos y estrés postraumático (27,32,41,42).

El sedante ideal es aquel que presenta mínimos efectos hemodinámicos y no interacciona con otros fármacos, que no produce depresión respiratoria ni toxicidad, con una vida media corta y una eliminación independiente de la función de los órganos, además de tener un bajo coste. Los fármacos más empleados para la sedación en UCI son las benzodiacepinas (midazolam y lorazepam), el propofol y la dexmedetomidina. Existe evidencia que demuestra que la infusión de benzodiacepinas, sobre todo a dosis altas y durante un tiempo prolongado, se asocia con un aumento de la morbilidad. A pesar de esto, y aunque su uso está en descenso, aún siguen siendo los sedantes más utilizados, sobre todo el midazolam, ya que el lorazepam produce más efectos secundarios (27,43).

Los sedantes no benzodiacepínicos y de acción corta pueden ajustarse rápidamente y su uso puede ayudar a minimizar la profundidad y duración de la sedación (25,29,43), por lo que para conseguir una sedación superficial el propofol y la dexmedetomidina son los fármacos de elección (Ver Tabla 14) (26).

Propofol vs benzodiacepinas	El propofol ha demostrado una disminución de la necesidad de sedantes y de la duración de la VM, aunque puede producir un efecto adverso raro conocido como “síndrome de infusión de propofol” cuando se administran dosis elevadas (más de 4mg/kg/min) durante un tiempo prolongado (más de 48h). A pesar de esto, se recomienda su uso frente a las benzodiacepinas.
Dexmedetomidina vs benzodiacepinas	La dexmedetomidina reduce el tiempo de VM y estancia en UCI, además de la incidencia de delirio. Es más probable que se produzca bradicardia, pero aun así se prefiere su uso.
Propofol vs dexmedetomidina	Dejando de lado los beneficios de la dexmedetomidina, no presentan diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de VM, estancia en UCI o efectos secundarios.

Tabla 14. Comparación entre los sedantes más utilizados en UCI. Fuente: Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos (27).

La dexmedetomidina ha ido ganando relevancia durante los últimos años, ya que, además de tener una acción corta y una alta especificidad, proporciona analgesia, ansiolisis y

sedación consciente, permitiendo mejorar la calidad de la analgesia y ayudar a la rotación de opioides. Puede producir efectos adversos como hipotensión o bradicardia (26,32,44).

Proporciona una calidad única de sedación consciente que se asemeja al sueño natural o fisiológico, permitiendo el despertar del paciente ante estímulos externos. Al despertar, coopera y obedece órdenes sencillas, y cuando se suspende el estímulo reanuda el nivel previo de sedación. La dexmedetomidina permite que el paciente mantenga el tono muscular y los movimientos espontáneos, además de la ventilación, ya que no produce depresión respiratoria. También deprime el reflejo nauseoso y mejora la tolerancia traqueal, lo que lo hace muy útil durante el periodo de extubación (44).

Es fundamental abordar el concepto eCASH, ya que resume a la perfección el manejo óptimo de la sedoanalgesia en UCI. Se trata de un enfoque propuesto para mejorar la atención al paciente y los resultados clínicos a través de la analgesia y la sedación leve, iniciados temprano como una prioridad de la atención. El alivio efectivo del dolor es la primera prioridad, haciendo uso de una analgesia multimodal y flexible diseñada para minimizar el consumo de opioides. La sedación es secundaria al alivio del dolor y, siempre que sea posible, debe basarse en agentes que puedan ajustarse al objetivo previamente establecido y que debe estar sometido a revisiones y ajustes regulares. La meta es reducir el consumo de benzodiacepinas y eliminar los sedantes lo antes posible. Este abordaje permite facilitar la promoción del sueño, las estrategias de movilización temprana y la mejor comunicación de los pacientes con los profesionales sanitarios y los familiares. Todo esto puede ayudar a la rehabilitación y evitar el aislamiento, la confusión y las complicaciones psicológicas de la estancia en UCI a largo plazo (29).

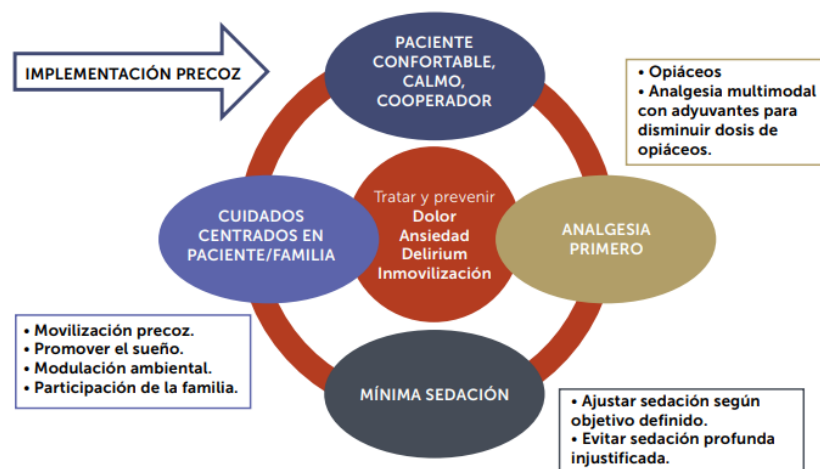


Imagen 6. El concepto eCASH. Fuente: Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos (27).

3.4 Delirio. Monitorización, tratamiento y manejo enfermero.

El delirio se puede definir como una disfunción orgánica aguda que se caracteriza por trastornos en la atención, desorganización del pensamiento, disfunción cognitiva y trastornos del estado de conciencia. Suele presentar un comienzo agudo y un curso fluctuante y normalmente es reversible (27). Su incidencia se encuentra aproximadamente entre 32-36% y hasta 60-80% en pacientes con VM, siendo mayor en unidades médicas que quirúrgicas (26,31,43,45,46,48).

Se asocia con un aumento de la estancia en la UCI y en el hospital, con mayores requerimientos de VM, mayores costes derivados de la atención, deterioro cognitivo, trastornos amnésicos posteriores y mayor mortalidad tanto intra- como extrahospitalaria (26,27,31,43,45-48). Además, provoca un mayor número de extubaciones no planificadas y, por lo tanto, reintubaciones, extracciones de catéteres y neumonías nosocomiales (46).

Existen 3 subtipos de delirio: hiperactivo, hipoactivo y mixto. Los dos últimos son los más comunes, siendo el hipoactivo el de peor pronóstico (27,48). Es importante mencionar también el delirio subsindrómico, cuyas condiciones no cumplen todos los criterios para un diagnóstico médico, ya que los signos aparecen en un número menor. Igualmente se asocia con un aumento de la estancia en la UCI y en el hospital (45). En el estudio realizado por Soler Bastos et al. (45), el 22.3% de los pacientes presentaron delirio y el 49.7% delirio subsindrómico. Estos resultados demuestran la importancia que tiene la identificación precoz de los signos de delirio, previniendo así su aparición.

Existen diversos factores relacionados con la aparición de delirio. Entre los predisponentes se encuentran: sexo masculino, edad avanzada (>65 años), deterioro cognitivo previo, alcoholismo, tabaquismo, fragilidad, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar y uso previo de fármacos psicoactivos. En relación a los factores precipitantes asociados a la patología destacan: motivo de ingreso (sepsis, insuficiencia respiratoria), gravedad clínica (valorada por SAPS, APACHE II o SOFA score), medicación psicoactiva, drogas (opioides, benzodiacepinas, morfina), alteraciones del medio interno, desnutrición, fiebre, dolor, coma, uso de drenajes, tubos y catéteres, necesidad de VM, número de intubaciones y retención urinaria. Asimismo, los altos requerimientos transfusionales se asocian con delirio postoperatorio. Entre los factores precipitantes relacionados con el ambiente se encuentran: aislamiento, ruido, ausencia diaria de luz natural, interrupciones del sueño, contención física, transferencia a otras

unidades e instrumentalización, entre otros. Además, cuantos más días de ingreso en UCI, mayor riesgo de delirio (26,27,43,45,48).

Para predecir la aparición de delirio en el paciente crítico e iniciar las medidas preventivas se recomienda el uso del modelo predictivo PREdiction of DELIRium in ICu patients (PRE-DELIRIC). Se trata de un modelo validado basado en la presencia de 10 factores de riesgo registrados durante las primeras 24 horas de ingreso en la UCI: edad, APACHE II, tipo de admisión o de paciente, admisión de urgencia, infección, sedación, uso de morfina u opioides, compromiso neurológico o coma, nivel de urea y acidosis metabólica (26,27). Presenta un valor predictivo aceptable (46) y se ha demostrado la existencia de una buena correlación entre este modelo y el posterior desarrollo de delirio (27).

Su detección temprana permite corregir los factores de riesgo e instaurar las medidas terapéuticas apropiadas de manera precoz. Por lo tanto, en lo que respecta al diagnóstico y monitorización, se recomienda utilizar la escala validada CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). Presenta una adecuada sensibilidad y especificidad, valorando 4 parámetros clínicos mediante la observación de: un cambio agudo del estado de conciencia o fluctuación del mismo, un déficit en la atención, la presencia de pensamiento desorganizado y el nivel de conciencia. Para que el delirio sea diagnosticado, el paciente debe cumplir con los dos primeros puntos asociados a la positividad del tercero o el cuarto. (26,27). Todo paciente con una puntuación de -3 a +4 en la escala RASS debería ser valorado con esta escala (26).

La escala CAM-ICU-7 fue elaborada por Khan et al. (47) a partir de las escalas RASS y CAM-ICU con el objetivo de desarrollar una nueva herramienta para valorar la gravedad del delirio. Los resultados mostraron que se trata de una escala válida, confiable y práctica, que predice significativamente los resultados clínicos de mortalidad, alta y duración de la estancia en UCI. Los autores, además, hacen referencia a la escala DRS-R-98, válida, confiable y con fuertes propiedades psicométricas para medir la gravedad del delirio, aunque su uso en UCI es limitado debido a las dificultades que aparecen a la hora de aplicarla

La escala validada ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) fue desarrollada para diagnosticar el delirio en el paciente crítico, aunque también es útil para detectar tipos de delirio subclínicos (26). Su uso por parte de las enfermeras es esencial para identificar y monitorizar tanto el delirio como el delirio subsindrómico en pacientes con sedación leve (45). A pesar de su utilidad, la tasa de falsos positivos es del 36% (26).

Otra escala capaz de identificar el delirio subsindrómico es la Nu-DESC (Escala de Cribado del Delirio de Enfermería), aunque a diferencia de la ICDSC no valora la falta de atención, característica propia del delirio (47).

En cuanto al tratamiento farmacológico, se recomienda el haloperidol como fármaco de elección, ya que reduce la gravedad de los síntomas y la duración del delirio. Además, el uso de dexmedetomidina y/o antipsicóticos atípicos como la olanzapina, la risperidona y la quetiapina se recomienda como alternativa (25,26). Pese a ello, el uso de estos fármacos de manera profiláctica no da buenos resultados, aunque se necesitan más estudios para probarlo. Lo ideal es procurar la discontinuación del tratamiento tan pronto como se haya controlado el episodio de delirio (27).

La gran mayoría de intervenciones enfermeras empleadas para prevenir el dolor se utilizan también en la prevención del delirio, ya que, como se ha podido apreciar a lo largo del trabajo, ambos están estrechamente relacionados. Una intervención fundamental es la estimulación sensorial con el fin de orientar al paciente en persona, tiempo y espacio. Se puede llevar a cabo mediante el estímulo con relojes, televisores, móviles y calendarios, llamar a la persona por su nombre e informar sobre la fecha, la hora, el lugar de hospitalización y el desarrollo de su condición clínica diariamente, estimular la memoria con preguntas, proporcionar objetos personales, facilitar fotos de familiares y amigos, abrir las ventanas durante el día y disminuir la exposición a la luz artificial por la noche, además de limitar los procedimientos y reducir el ruido durante las horas de sueño para favorecer la calidad del mismo, favorecer el uso de tapones y antifaces, musicoterapia, movilización temprana, evitar la inmovilización mediante el uso de sujeciones siempre que sea posible, facilitar la comunicación con la familia, etc. Con estas intervenciones se reduce hasta un 40% la incidencia de delirio (26,27).

Los resultados de un estudio realizado con el objetivo de identificar las medidas no farmacológicas más utilizadas por las enfermeras mostraron que la más común fue la orientación verbal del paciente en espacio y tiempo, seguida de facilitar la presencia de familiares en la UCI y evitar las sujeciones mecánicas, favoreciendo la movilización temprana. Además, se le da mucha importancia a la necesidad de favorecer la calidad de sueño, hacer uso de las escalas y reducir los factores de riesgo del delirio (48).

Como resumen de los temas tratados en este trabajo es importante mencionar el paquete de medidas o “bundle” ABCDEF (Awakening and Breathing Coordination, Delirium assessment, Early exercise and mobilization, Family) que tiene como objetivo mantener

al paciente calmado, cómodo y colaborador mediante una analgesia adecuada, una sedación mínima y el acompañamiento de su familia y seres queridos. Además, se ha demostrado que su implementación reduce la probabilidad de desarrollar delirio (27).

Síntomas Guías DAD	Evaluación Herramientas	Cuidados Paquete ABCDEF
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Escala numérica • Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) • Behavioral Pain Scale (BPS) 	A: Evaluar, prevenir y tratar dolor. B: BOTH (ambas) interrupción de la sedación y prueba de ventilación espontánea. C: Elección de sedante y analgésico. D: Evaluar, prevenir y tratar el delirium. E: Movilización precoz. F: Inclusión, compromiso y empoderamiento de la familia.
Agitación	<ul style="list-style-type: none"> • Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) • Agitation-Sedation Scale (SAS) 	
Delirium	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) • Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). 	

Imagen 7. Bundle de medidas ABCDEF. Fuente: Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos (27).

3.5 Situación actual y actitud ante la sedación consciente.

Un estudio realizado en las UCI españolas mostró que más de la mitad de las unidades encuestadas disponían de un protocolo de analgosedación, sin embargo, aún estamos lejos del nivel de Estados Unidos y otros países europeos, al igual que ocurre con la implementación de medidas no farmacológicas. Además, se identificó un amplio margen de mejora a la hora de monitorizar el dolor, la sedación y el delirio de los pacientes. (31).

Guttormson et al. (49) consideran que la actitud de las enfermeras es fundamental a la hora de seguir las recomendaciones de las guías de práctica clínica, por lo que realizaron un estudio con el objetivo de explorar sus actitudes y prácticas en relación a la sedación. Según los resultados, el parecer de las enfermeras ha cambiado durante la última década, sin embargo, más de la mitad de las que fueron entrevistadas aun piensan que es imprescindible para el manejo de pacientes críticos.

La gran mayoría de los estudios consultados para la elaboración de este trabajo coinciden en la necesidad de educar a los profesionales sanitarios. Se requieren programas de capacitación y educación apropiados dentro de las UCI, que traten principalmente sobre herramientas validadas para monitorizar la sedación, la analgesia y el delirio, y sobre el manejo de fármacos (28,29,31,35,36,48,49).

FORTALEZAS.

Como fortaleza destaca la inclusión de aspectos que son clave en el manejo del paciente crítico que recibe un tratamiento de sedoanalgesia, y que en un principio no fueron contemplados para formar parte del estudio, como es el caso de las úlceras por presión. Además, es importante señalar la gran cantidad de bases de datos consultadas y estrategias de búsqueda realizadas, lo que ha permitido obtener un gran número de artículos.

LIMITACIONES.

Las barreras lingüísticas suponen la limitación principal a la hora de elaborar el presente trabajo. Es posible que existan publicaciones de interés que respondan al objetivo del estudio en idiomas diferentes al inglés, el español o el portugués. Destaca también el acceso restringido a determinados artículos, lo que limitó el análisis de los documentos devueltos en la sentencia de búsqueda.

CONCLUSIONES.

Tras la elaboración de esta revisión, queda demostrada la importancia de la sedación consciente en las unidades de cuidados intensivos. Los niveles más altos de conciencia en los pacientes permiten llevar a cabo una exploración más completa de su estado cognitivo y del nivel de dolor que experimentan en cada momento, permitiendo la mejora del tratamiento. También facilita la comunicación y colaboración de los pacientes con los profesionales sanitarios, favoreciendo la participación activa en su proceso de recuperación. Les permite, además, interactuar con sus familiares y seres queridos, asegurando el apoyo emocional necesario.

El dolor, la ansiedad y el delirio presentan una alta prevalencia en la UCI, lo que se asocia con un aumento de la morbilidad y mortalidad. Entre las medidas más importantes se encuentran: proporcionar una analgesia adecuada mediante una estrategia multimodal intentando reducir el consumo de opiáceos, establecer un protocolo de sedación dirigido a objetivos en función de la situación clínica del paciente, evitando la sedación profunda y el consumo de benzodiacepinas, y, por último, individualizar los cuidados médicos y de enfermería del paciente, haciendo hincapié en sus necesidades y favoreciendo la participación de la familia en los cuidados.

Se han identificado los fármacos y escalas más empleadas y adecuadas para el manejo de la analgesia y el delirio en las UCI, además de diferentes medidas y tratamientos no farmacológicos que son de gran utilidad para la prevención y el manejo del dolor y el delirio, favoreciendo la calma, el confort y la cooperación del paciente.

Se ha podido observar que, a pesar de las recomendaciones de las sociedades científicas y de la gran cantidad de evidencia disponible, la práctica habitual aún está muy lejos de seguir estas recomendaciones. La principal barrera para su implementación es la actitud y las creencias de los profesionales sanitarios, principalmente de las enfermeras, ya que hay multitud de estudios que defienden que el manejo de los protocolos de analgesia debe ser dirigido por ellas. Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de educar a los profesionales en el manejo de fármacos, escalas y cuidados para poder llevar a cabo un manejo adecuado de la analgesia y el delirio en el paciente crítico. Se han conseguido muchos cambios en los últimos años, pero es necesario seguir avanzando en el manejo de la sedación consciente.

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) International Association for the Study of Pain. IASP Terminology, Clasificación del dolor crónico [Internet]. 2nd ed. Seattle: IASP; 1994. [actualizado 14 dic 2017; citado 4 abr 2020]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>.
- (2) Corbin J.A. Los 13 tipos de dolor: clasificación y características [Internet]. Psicología y Mente. 2020 [citado 4 de Abril de 2020]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/salud/tipos-de-dolor>.
- (3) Dolor.com [Internet]. Madrid: Grünenthal Pharma, S.A. 2015 [actualizado 31 de mayo de 2019; citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.dolor.com/clasificacion-dolor.html>
- (4) Clínica Universidad de Navarra. Analgesia [Internet]. Pamplona: CUN; 2020 [citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/analgesia>.
- (5) Polo Morís B, González Fernández A, González Fernández C. Papel De La Enfermería En La Sedoanalgesia Del Paciente Crítico. NPunto. 2019; 2 (16).
- (6) Aréchiga-Ornelas G, Mille-Loera J.E, Ramírez-Guerrero A. Abordaje multimodal para el manejo del dolor agudo. Revista Mexicana de Anestesiología. 2010; 33(1):18-21.
- (7) Clínica Universidad de Navarra. Sedación [Internet]. Pamplona: CUN; 2020 [citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sedacion>.
- (8) Hospital General de México. Guía para el manejo de la sedoanalgesia en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. 2015.
- (9) Ibarra P, Galindo M, Molano A, Niño C, Rubiano A, Echeverry P, et al. Recomendaciones para la sedación y la analgesia por médicos no anestesiólogos y odontólogos de pacientes mayores de 12 años. Revista Colombiana de Anestesiología. 2012; 40(1): 67-74.
- (10) Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación MSPS; 2010.
- (11) Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Funciones y cuidados de Enfermería en Reanimación. FUDEN [Internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2020] Disponible en: <http://www.fuden.es/actualidad/noticias/3146-salas-de-reanimacion-y-enfermeria>.
- (12) Chamorro C, Martínez-Melgar J.L, Barrientos R, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización de la sedación. Med. Intensiva. 2008; 32(1):45-52.
- (13) Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. 2012. SATI; 2012
- (14) Reade M.C, Finfer S. Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. NEJM. 2014; 370 (5): 444-54.

- (15) Sakata R.K. Analgesia y sedación en unidad de cuidados intensivos. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2010; 60(6):360-65.
- (16) Ayllón Garrido N, Álvarez González M.J, González García M.P. Incidencia del delirio en Cuidados Intensivos y factores relacionados. *Enferm. Intensiva.* 2007; 18(3):138-43.
- (17) Ferrer C, Fernández C. Sedación y analgesia en la UCI. SARTD; 2018.
- (18) Narbona Toledo C, Narbona Toledo F. Enfermería en la monitorización del Índice Biespectral Bis. *Enfermería Docente.* 2010; 18:10-13.
- (19) García Pérez M.A. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. *Revista de administración Sanitaria Siglo XXI.* 2006; 4(2): 341-56.
- (20) LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, (15-11-2002).
- (21) Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Madrid: CODEM Código Deontológico de Enfermería Española. 1988 [citado 4 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
- (22) Raurell Torredà M, Burgos Cordón A, Conejo Caravaca A, Corcuera Pastor I. Evaluación de la sedación mediante la escala Richmond Agitation Scale en pacientes con ventilación mecánica de larga duración. *Revista ROL de Enfermería.* 2015; 38(7-8):533-38.
- (23) Guirao Goris J.A. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene* [Internet]. 2015 [citado 4 de abril de 2020]; 9(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
- (24) Serrano Gallardo P. Tipologías en el Trabajo Fin de Grado. *Trabajo fin de grado en ciencias de la salud.* 1ª Edición. Riba-Roja de Túria: DAE; 2012. p. 67-69.
- (25) Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompарт–Pou J.A, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina Intensiva.* 2017; 41(5): 285-305.
- (26) Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal M.Á, Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva.* 2013; 37(8): 519-74.
- (27) Olmos M, Varela D, Klein F. Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos. *RMCLC.* 2019; 30(2): 126-39.
- (28) Frade-Mera M.J, Regueiro-Díaz N, Díaz-Castellano L, Torres-Valverde L, Alonso-Pérez L, Landívar-Redondo M.M, et al. Un primer paso hacia una analgosedación más segura: evaluación

sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*. 2016; 27(4): 155-67.

(29) Vincent J-L, Shehabi Y, Walsh T.S, Pandharipande P.P, Ball J.A, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016; 42: 962-71.

(30) Mistraletti G, Umbrello M, Mariani V, Carloni E, Miori S, Taverna M, et al. Conscious sedation in critically ill patients is associated with stressors perception lower than assessed by caregivers. *Minerva Anestesiologica*. 2018; 84(10): 1150-9.

(31) García-Sánchez M, Caballero-López J, Cenicerós-Rozalén I, Giménez-Esparza Vich C, Romera-Ortega M.A, Pardo-Rey C, et al. Prácticas de analgosedación y delirium en Unidades de Cuidados Intensivos españolas: Encuesta 2013-2014. *Medicina Intensiva*. 2019; 43(4): 225-33.

(32) Narayanan M, Venkataraju A, Jennings J. Analgesia in intensive care: part 1. *BJA Education*. 2016; 16(2): 72-8.

(33) Ayasrah S. Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesthesia Intensive*. 2016; 44(4): 458-65.

(34) País de Queiróz Pinheiro A.R, Dourado Marques R.M. Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2019; 31(4): 571-81

(35) Latorre-Marco I, Acevedo-Nuevo M, Solís-Muñoz M, Hernández-Sánchez L, López-López C, Sánchez-Sánchez M.M, et al. Psychometric validation of the behavioral indicators of pain scale for the assessment of pain in mechanically ventilated and unable to self-report critical care patients. *Medicina Intensiva*. 2016; 40(8): 463-73.

(36) Palacios-Espinosa X, Pulido-Rozo, J, Ramos-Zamudio D. Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema. *Rev. Univ. Ind. Santander Salud*. 2017; 49(2): 380-90.

(37) Arif Rahu M, Grap M.J, Ferguson P, Joseph P, Sherman S, Elswick R.K. Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *AJCC*. 2015; 24(6): 514-24.

(38) Roca Biosca M.A. Capacidad predictiva de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia en el paciente crítico. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departamento de enfermería; 2016.

(39) Zuo X-L, Meng F-J. A care bundle for pressure ulcer treatment in intensive care units. *IJNS*. 2015; 2(4): 340-47.

- (40) Dos Santos Zimmermann G, Fernandes Cremasco M, Viski Zanei S.S, Mori Takahashi S, Rizzo Cohrs C, Yamaguchi Whitaker I. Pressure injury risk prediction in critical care patients: an integrative review. *Texto Contexto-Enferm.* 2018; 27(3): 1-10.
- (41) Miranda Lopes de Almeida T, Pontes de Azevedo L.C, Garcia Nosé P.M, Resende de Freitas F.G, Ribeiro Machado F. Risk factors for agitation in critically ill patients. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2016; 28(4): 413-19.
- (42) Namigar T, Serap K, Tekin Esra A, Özgül O, Ali Can Ö, Aysel A, et al. The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanil sedation. *Brazilian Journal of anesthesiology.* 2017; 67(4): 347-54.
- (43) Fernandez-Gonzalo S, Turon M, De Haro C, López-Aguilar J, Jodar M, Blanch L. Do sedation and analgesia contribute to long-term cognitive dysfunction in critical care survivors? *Medicina intensiva.* 2018; 42(2) :114-28.
- (44) Scott-Warren V.L, Sebastian J. Dexmedetomidine: its use in intensive care medicine and anaesthesia. 2016; 16(7): 242-46.
- (45) Soler Bastos A, Marinilza Beccaria L, Cristiny da Silva D, Pagliuco Barbosa T. Identification of delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(2): 463-67.
- (46) Ariel Sosa F, Roberti J, Tovar Franco M, Kleinert M.M, Risso Patrón A, Osatnik J. Assessment of delirium using the PRE-DELIRIC model in an intensive care unit in Argentina. *Rev. Bras. Term. Enferm.* 2018; 30(1): 50-6.
- (47) Khan B.A, Perkins A.J, Gao S, Hui S.L, Campbell N.L, Farber M.O, et al. The CAM-ICU-7 Delirium Severity Scale: A Novel Delirium Severity Instrument for Use in the Intensive Care Unit. *Crit. Care Med.* 2017; 45(5): 851-57.
- (48) Chitolina Eberle C, Alves dos Santos A, Jacques de Macedo Júnior L.J, Bessa Martins J. Non-Pharmacological Management of Delirium From The Perspective of Nurses in an Adult Intensive Care Unit. *Rev. Fund. Care. Online.* 2019; 11(5): 1242-49.
- (49) Guttormson J.L, Chlan L, Tracy M.F, Hetland B, Mandrekar J. Nurses' attitudes and practices related to sedation: A national survey. *AJCC.* 2019; 28(4): 255-63.

ANEXO I: Tabla de artículos totales seleccionados.

TÍTULO	AUTORES	AÑO	LUGAR DE PUBLICACIÓN	RESUMEN
Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).	Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompou J.A, Palencia Herrejón E, Estella A, et al.	2017	España	El objetivo de este artículo es elaborar las recomendaciones para la estandarización del tratamiento de los pacientes críticos. Se seleccionó un panel de expertos de los 13 grupos de trabajo de la SEMICYUC y se analizó la literatura publicada entre 2002 y 2016 sobre diferentes tópicos de los pacientes críticos. Finalmente, se elaboraron un total de 65 recomendaciones, 5 por cada uno de los 13 grupos de trabajo. Estas recomendaciones se basan en la opinión de expertos y en el conocimiento científico y pretenden servir de guía para los intensivistas como una ayuda en el manejo de los pacientes críticos.
Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo.	Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal M.Á, Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al.	2013	España	El objetivo es actualizar la última guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo publicada en el 2007. Contiene recomendaciones y sugerencias basadas en la mejor evidencia para el manejo de la sedación, la analgesia y el delirio del paciente crítico, incluyendo un paquete de medidas (bundle).
Enfoque actual de la analgesia, sedación y el delirium en Cuidados Críticos.	Olmos M, Varela D, Klein F.	2019	Chile	Los pacientes críticos pueden experimentar a diario situaciones de agitación, dolor y delirio. Se necesita un abordaje coherente, con la implementación de una serie de prácticas, idealmente establecidas en protocolos de actuación, que incluyan la utilización de escalas, un tratamiento analgésico adecuado y prioritario, establecer un nivel objetivo de sedación, proporcionar niveles de sedación superficial, eligiendo el sedante apropiado y utilizando estrategias no farmacológicas para el manejo de los síntomas, involucrando a los familiares del paciente y con un abordaje multidisciplinar.
Un primer paso hacia una analgosedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica.	Frade-Mera M.J, Regueiro-Díaz N, Díaz-Castellano L, Torres-Valverde L, Alonso-Pérez L, Landívar-Redondo M.M, et al.	2016	España	El objetivo del estudio es comparar un protocolo multidisciplinar de evaluación sistemática y manejo de la analgosedación del paciente crítico con ventilación mecánica frente a la praxis habitual. Los autores llegan a la conclusión de que al implementar el protocolo se consigue una correcta monitorización y una mayor adecuación de las dosis a las necesidades del paciente, mejorando los resultados.
Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept.	Vincent J-L, Shehabi Y, Walsh T.S, Pandharipande P.P, Ball J.A, Spronk P, et al.	2016	Bélgica	La estrategia eCASH supone un enfoque integrado y adaptable para mejorar la atención al paciente y los resultados clínicos a través de la analgesia y la sedación leve, iniciados temprano durante un episodio de enfermedad crítica y como una prioridad de la atención. En resumen, busca la comodidad temprana del paciente mediante analgesia, sedantes mínimos y atención humana máxima.
Conscious sedation in critically ill patients is associated with stressors perception lower than assessed by caregivers.	Mistraletti G, Umbrello M, Mariani V, Carloni E, Miori S, Taverna M, et al.	2018	Italia	El ingreso en una unidad de cuidados intensivos se considera una experiencia estresante. El objetivo del estudio es analizar la percepción del estrés que tienen los pacientes ingresados en la UCI y compararla con la de los profesionales sanitarios y los familiares. Los resultados muestran que estos últimos tienden a sobreestimar el estrés al que están sometidos realmente los pacientes con sedación consciente.
Prácticas de analgosedación y delirium en Unidades de Cuidados Intensivos españolas: Encuesta 2013-2014.	García-Sánchez M, Caballero-López J, Cenicerós-Rozalén I, Giménez-Esparza Vich C, Romera-Ortega M.A, Pardo-Rey C, et al.	2019	España	El objetivo del estudio es conocer la práctica clínica real de las UCI españolas en relación con la analgesia, la sedación y el delirio y comprobar si se ajusta a las recomendaciones. Los autores concluyeron que aún hay mucho camino por recorrer y recomiendan desarrollar proyectos docentes para acercar la praxis actual a las recomendaciones tanto nacionales como internacionales.
Analgesia in intensive care: part 1.	Narayanan M, Venkataraju A, Jennings J.	2016	Inglaterra	Este artículo se centra en el dolor y su tratamiento en las UCI, ya que a pesar de la gran cantidad de evidencia disponible sobre las complicaciones asociadas a un manejo subóptimo del dolor, éste sigue siendo mal evaluado.

Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients.	Ayasrah S.	2016	Jordania	El objetivo de este estudio es valorar los niveles de dolor en pacientes sometidos a ventilación mecánica antes y durante la realización de procedimientos y cuidados de enfermería. Los resultados muestran que las técnicas más dolorosas son el reposicionamiento y la aspiración de secreciones, y que no es común la administración de analgesia preventiva. Concluyen que se debe tener en cuenta para mejorar la práctica y el manejo del dolor en pacientes críticos.
Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature.	País de Queiróz Pinheiro A.R, Dourado Marqués R.M.	2019	Brasil	El objetivo del estudio es valorar la idoneidad de las escalas conductuales BPS y CPOT para la evaluación del dolor en pacientes intubados orotraquealmente e ingresados en una UCI. Los resultados muestran que ambas escalas son adecuadas para la evaluación del dolor aunque tienen limitaciones en poblaciones específicas. Los autores sugieren estudios adicionales en este tipo de poblaciones.
Psychometric validation of the behavioral indicators of pain scale for the assessment of pain in mechanically ventilated and unable to self-report critical care patients.	Latorre-Marco I, Acevedo-Nuevo M, Solís-Muñoz M, Hernández-Sánchez L, López-López C, Sánchez-Sánchez M.M, et al.	2016	España	El objetivo del estudio es evaluar las propiedades psicométricas de los indicadores de comportamiento de la escala ESCID cuando se aplica en pacientes tanto médicos como quirúrgicos. Los autores concluyeron que la escala es válida y confiable para medir el dolor en pacientes sometidos a ventilación mecánica que no pueden autoinformar su dolor.
Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema.	Palacios-Espinosa X, Pulido-Rozo J, Ramos-Zamudio D.	2017	España	El dolor está precipitado y mantenido por estímulos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que la atención del paciente con dolor trasciende el alcance médico y requiere de la interdisciplinariedad. El objetivo de esta revisión fue presentar métodos de evaluación e intervención del dolor y proponer una estrategia de abordaje multidisciplinario. Los autores refieren que el tratamiento del dolor en la UCI está a cargo de los profesionales de medicina y enfermería, a pesar de las evidentes necesidades psicológicas de los pacientes, y proponen la participación de psicólogos y de la familia.
Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubate adults.	Arif Rahu M, Grap M.J, Ferguson P, Joseph P, Sherman S, Elswick R.K.	2015	Estados Unidos	El objetivo del estudio es evaluar la validez y sensibilidad de 6 escalas del dolor para pacientes que no pueden autoinformarlo. Los autores concluyen que las escalas son adecuadas, aunque se debe tener especial precaución con la escala FACES, ya que la subjetividad puede llevar a un manejo subóptimo del dolor.
Capacidad predictiva de las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia en el paciente crítico.	Roca Biosca M.A.	2016	España	Esta tesis tiene como objetivo principal comparar la validez y capacidad predictiva de las escalas EMINA y EVARUCI para pronosticar úlceras por presión (UPP) en pacientes críticos y, además, comparar la capacidad predictiva de las escalas EMINA y Braden para determinar el riesgo de desarrollar UPP en el mismo contexto. La autora concluye destacando el moderado-bajo poder predictivo demostrado por estas escalas para pronosticar las UPP.
A care bundle for pressure ulcer treatment in intensive care units.	Zuo X-L, Meng F-J.	2015	Singapur	Los pacientes críticos tienen un alto riesgo de desarrollar UPP, lo que produce un aumento del tiempo de estancia en la UCI, la morbilidad y los costes. Existe gran cantidad de evidencia que indica que la prevención de UPP es un componente fundamental de la atención al paciente, sin embargo, las pautas y protocolos estandarizados para su prevención en UCI no han sido implementados universalmente. El objetivo de esta revisión es describir y analizar un paquete de atención de prevención de UPP basado en la mejor evidencia disponible y en las pautas nacionales existentes.
Pressure injury risk prediction in critical care patients: an integrative review.	Dos Santos Zimmermann G, Fernandes Cremasco M, Viski Zanei S.S, Mori Takahashi S, Rizzo Cohrs C, Yamaguchi Whitaker I.	2018	Brasil	El objetivo de esta revisión es identificar las escalas más utilizadas para evaluar el riesgo de UPP en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, además de analizar su capacidad predictiva. Los resultados muestran una gran variedad de escalas predictivas, tanto genéricas como específicas.

Risk factors for agitation in critically ill patients.	Miranda Lopes de Almeida T, Pontes de Azevedo L.C, Garcia Nosé P.M, Resende de Freitas F.G, Ribeiro Machado F.	2016	Brasil	El objetivo del estudio es evaluar la incidencia de agitación en los primeros 7 días después del ingreso en una unidad de cuidados intensivos, sus factores de riesgo y sus asociaciones con los resultados clínicos. Los resultados muestran que la incidencia es alta y que los factores de riesgo independientes son: el delirio, el dolor, la ventilación mecánica y el tabaquismo. Además, se demostró que la agitación aumenta la duración de la ventilación mecánica durante la primera semana.
The correlation among the Ramsay sedation scale, Richmond agitation sedation scale and Riker sedation agitation scale during midazolam-remifentanyl sedation.	Namigar T, Serap K, Tekin Esra A, Özgül O, Ali Can Ö, Aysel A, et al.	2017	Brasil	El tratamiento de sedoanalgesia precisa una evaluación regular para lograr los objetivos predefinidos y evitar las complicaciones. Los autores de este estudio prueban prospectivamente la escala de Ramsay para determinar la fiabilidad entre evaluadores y la comparan con las escalas RASS y SAS para evaluar su validez. Concluyen que la escala de Ramsay es confiable y válida para evaluar la sedación y la agitación en pacientes críticos, además de presentar una fuerte correlación con las escalas RASS y SAS.
Do sedation and analgesia contribute to long-term cognitive dysfunction in critical care survivors?	Fernandez-Gonzalo S, Turon M, De Haro C, López-Aguilar L, Jedar M, Blanch L.	2018	España	La sedación profunda puede tener efectos nocivos sobre los resultados clínicos y cognitivos de pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica. Durante la última década se ha generado una gran cantidad de literatura sobre el delirio en la UCI y sobre diferentes estrategias de sedación, con el objetivo de reducir los niveles de la misma. Sin embargo, el efecto de la sedación sobre los déficits cognitivos a largo plazo en los sobrevivientes de la UCI sigue sin estar claro y este estudio lo confirma. Se demuestra, además, que reducir el nivel de sedación no está relacionado con un peor estado cognitivo y psicológico entre los pacientes.
Dexmedetomidine: its use in intensive care medicine and anaesthesia.	Scott-Warren V.L, Sebastian J.	2016	Inglaterra	Este artículo aborda los beneficios de la dexmedetomidina, además del efecto que posee sobre los diferentes órganos, su farmacocinética y sus contraindicaciones, entre otros. Trata tanto las propiedades que tiene al usarlo como sedante en una unidad de cuidados intensivos, como su utilidad en la práctica anestésica.
Identification of delirium and subsyndromal delirium in intensive care patients.	Soler Bastos A, Marinilza Beccaria L, Cristiny da Silva D, Pagliuco Barbosa T.	2019	Brasil	El objetivo del estudio es identificar el delirio y el delirio subsindrómico en pacientes críticos. Los autores concluyen que la mayoría de los pacientes estudiados presentaron delirio subsindrómico y que, en consecuencia, se produjo un aumento de la estancia en la UCI. Además, los resultados demuestran que la mortalidad de los pacientes con delirio fue mayor.
Assessment of delirium using the PRE-DELIRIC model in an intensive care unit in Argentina.	Ariel Sosa F, Roberti J, Tovar Franco M, Kleinert M.M, Risso Patrón A, Osatnik J.	2018	Brasil	El objetivo del estudio es describir la incidencia y los factores de riesgo del delirio en la UCI y llevar a cabo el primer estudio fuera de Europa que explore la aplicación del modelo PRE-DELIRIC en pacientes críticos. Los resultados muestran que la incidencia del delirio es alta y que PRE-DELIRIC es una herramienta capaz de predecir su desarrollo con precisión.
The CAM-ICU-7 Delirium Severity Scale: A Novel Delirium Severity Instrument for Use in the Intensive Care Unit.	Khan B.A, Perkins A.J, Gao S, Hui S.L, Campbell N.L, Farber M.O, et al.	2018	Estados Unidos	El objetivo de este estudio es evaluar la confiabilidad y validez de una herramienta nueva para valorar la gravedad del delirio en la UCI, ya que los autores consideran que la causa de que ésta no se mida rutinariamente es que los instrumentos disponibles no son fáciles de aplicar en pacientes críticos. Los resultados sugieren que es una medida válida y confiable, aunque los autores refieren que aún se necesitan más estudios.
Non-Pharmacological Management of Delirium From The Perspective of Nurses in an Adult Intensive Care Unit.	Chitolina Eberle C, Alves dos Santos A, Jaques de Macedo Júnior L.J, Bessa Martins J.	2019	Brasil	El objetivo de este estudio es identificar las medidas no farmacológicas para el manejo del delirio más utilizadas por las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos. Los autores llegan a la conclusión de que es necesario proporcionar actividades educativas para los profesionales sanitarios en lo que a este asunto respecta. Además, demuestran la importancia de valorar diariamente la presencia de delirio mediante el uso de escalas.
Nurses' Attitudes and Practices Related to Sedation: A National Survey.	Guttormson J.L, Chlan L, Tracy M.F, Hetland B, Mandrekar J.	2019	Estados Unidos	El objetivo de este estudio es explorar la actitud y las prácticas de las enfermeras en lo referente a la sedación, y determinar si han evolucionado durante la última década. Los autores concluyen que la actitud ha cambiado, ya que cada vez hay menos enfermeras que consideran la sedación como algo necesario para el confort de los pacientes. Sin embargo, todavía más de la mitad lo considera como algo primordial. Se evidencia así la necesidad de continuar educando a los profesionales sanitarios.